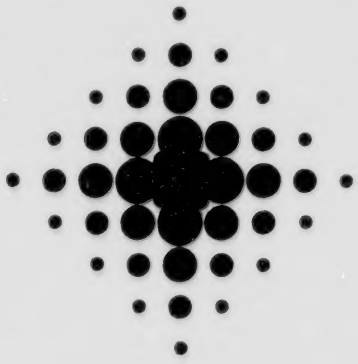
15

Recherche

L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers

Jean Bernier,
Guy Bellemare,
Louise Hamelin Brabant



COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

15

Recherche

L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers

Jean Bernier,
Guy Bellemare,
Louise Hamelin Brabant

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08461-X

L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers

Rapport de recherche

réalisé pour la

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux

par

Jean Bernier, professeur

Guy Bellemare et Louise Hamelin Brabant
professionnels de recherche

et avec la participation de

Maude Rochette et Claire Robitaille
assistantes de recherche
en relations industrielles

Groupe d'étude et de recherche sur les organisations du secteur public
Faculté des sciences sociales
Université Laval

Québec, avril 1987

AVANT-PROPOS

Ce document a pour objet de présenter les principaux résultats d'une recherche réalisée grâce à une subvention de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux et portant sur l'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les établissements hospitaliers au Québec.

Cette recherche a été rendue possible grâce à la collaboration de plusieurs personnes que nous voulons remercier bien vivement.

D'abord, monsieur Guy Bellemare, qui a conçu le projet avec le soussigné et participé à toutes les étapes de la recherche. Il est également l'auteur du chapitre I consacré à la revue de la littérature sur l'impact des conventions collectives. Aussi, madame Louise Hamelin Brabant, qui s'est ensuite jointe à l'équipe et a apporté sa contribution à l'élaboration du cadre de référence et aux étapes subséquentes de la réalisation du projet.

Monsieur Bellemare et madame Hamelin Brabant ont également effectué les entrevues auprès des informateurs dans les établissements et participé, avec le chercheur principal, aux entrevues conduites auprès des représentants des associations patronale, professionnelle et syndicales au niveau national.

Nos remerciements vont également à mesdames Maude Rochette et Claire Robitaille qui ont réalisé l'analyse de contenu des conventions collectives préalable à l'élaboration du schéma d'entrevue utilisé dans la présente recherche. Les résultats de cette analyse de contenu font l'objet d'un rapport de recherche distinct.

Nous tenons aussi à exprimer notre reconnaissance et notre appréciation aux quelque soixante-quinze informateurs et informatrices aussi bien dans les établissements que dans les associations de niveau national qui ont accepté de nous recevoir en entrevue et de répondre longuement à nos questions. Sans leur collaboration empressée, cette recherche n'aurait pu être menée à bien.

Il nous faut aussi souligner la collaboration de Me Louis Garant du ministère du Travail qui nous a fourni des données statistiques sur les sentences arbitrales déposées, celle de M. Claude A . Boutin de l'Association des Hôpitaux du Québec ainsi que celle du personnel du centre de documentation du ministère de la Santé et des Services sociaux qui nous ont donné accès à une importante documentation.

Nous voulons également remercier sincèrement notre collègue, monsieur Alain Vinet, professeur de sociologie du travail au département des relations industrielles de l'Université Laval, qui a apporté avec beaucoup de bienveillance et de compétence un encadrement de suppléance au plan méthodologique durant l'absence du chercheur principal pour raisons de santé au cours de l'automne . Nous lui sommes également très reconnaissant pour les suggestions très pertinentes qu'il nous a faites après avoir accepté de relire le cadre de référence et les notes méthodologiques du présent rapport.

Enfin, mesdames Lise Burns et Ann Lower ont assuré avec patience et compétence le traitement de la plupart des textes contenus dans ce document. Qu'elles s'en trouvent ici remerciées.

Jean Bernier, professeur
Département des relations industrielles,
Université Laval

Québec, le 13 avril 1987

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS.....3

TABLE DES MATIERES.....5

LISTE DES SIGLES.....8

INTRODUCTION.....9

L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE

LES CARACTERISTIQUES DU SYSTEME DE SANTE

CHAPITRE I

L'impact des conventions collectives dans la littérature.....13

LES THEORIES SOUS-JACENTES AUX ETUDES D'IMPACT

LES RESULTATS

CHAPITRE II

L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines:.....35

A-LA PROBLEMATIQUE
B-LA METHODOLOGIE
C-LA PRESENTATION DES RESULTATS
D- L'ANALYSE ET L'INTERPRETATION

PARTIE I

La présentation des résultats.....47

CHAPITRE III

Les pratiques effectives.....49

L'AFFECTATION DU PERSONNEL.....50

A- La classification des emplois
B- Les horaires de travail
C- Le remplacement des absences temporaires

LA MOBILITE INTERNE.....64

A- Les mouvements de personnel
B- La formation

LA SECURITE D'EMPLOI.....74

A- La période d'essai
B- La sécurité individuelle d'emploi
C- La sécurité collective d'emploi
D- La sous-traitance

CHAPITRE IV

Les écarts entre la convention collective et la pratique.....83

L'AFFECTATION DU PERSONNEL.....84

A- La pluralité des listes de disponibilité
B- La priorité de remplacement préférentielle
C- La réparation des erreurs
D- Le choix des vacances

LA MOBILITE INTERNE.....87

A- La sélection des salariés
B- Les exigences dérogatoires
C- Les délais de nomination
D- La formation

LA SECURITE D'EMPLOI.....89

A- Les statuts d'emploi
B- La supplantation
C- Le service de placement

LES ENTENTES PARTCULIERES.....93

PARTIE II

L'analyse et l'interprétation.....95

CHAPITRE V

Les contraintes et la flexibilité.....97

L'AFFECTATION DU PERSONNEL
LA MOBILITE INTERNE
LE SECURITE D'EMPLOI

CHAPITRE VI

Le climat des relations du travail et l'application des conventions collectives.....109

L'ADMINISTRATION DES CONVENTIONS COLLECTIVES
LE CONTROLE DE LEUR APPLICATION

CONCLUSION

Les conséquences du jeu des contraintes.....123

L'INSTABILITE DE LA MAIN-D'OEUVRE
LA QUALITE DU TRAVAIL ET DE LA VIE AU TRAVAIL

ANNEXE A - Schémas d'entrevue.....129

ANNEXE B - Liste des établissements visités.....135

ANNEXE C - Tableau des effectifs.....137

ANNEXE D - Bibliographie.....139

LISTE DES SIGLES

Partie syndicale

F.S.P.I.I.Q. : Fédération des Syndicats Professionnels des Infirmières et Infirmiers du Québec

F.I.I.U. : Fédération des Infirmières et Infirmiers Unis

F.Q.I.I. : Fédération québecoise des Infirmières et Infirmiers

C.O.P.S. : Cartel des Organismes Professionnels de la santé

F.T.Q. : Fédération des Travailleurs du Québec

S.C.F.P. (FTQ): Syndicat canadien de la Fonction publique

C.S.N. : Confédération des Syndicats nationaux

F.A.S.: Fédération des Affaires Sociales

U.E.S. loc 298 (FTQ) : Union des Employés de Service, local 298 (FTQ)

Partie patronale

A.H.Q.: L'Association des Hôpitaux du Québec

A.C.A.Q.: L'Association des Centres d'Accueil du Québec

A.C.S.S.Q.: L'Association des Centres de Services Sociaux du Québec

A.D.E.P.: L'Association des Directeurs des Etablissements de santé et de bien-être de la Province de Québec

A.E.P.: L'Association des Etablissements privés de santé et de bien-être de la province de Québec

F.C.L.S.C.: La Fédération des Centres Locaux de Services Communautaires

C.P.N.S.S.S.: Comité Patronal de Négociation de la Santé et des Services Sociaux

S-C.P.N. : Sous-Comité Patronal de Négociation

Ordre professionnel

O.I.I.Q.: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

INTRODUCTION

Ce rapport réalisé pour la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux a pour objet de présenter les résultats d'une recherche sur l'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les Centres hospitaliers au Québec.

Cette recherche fait suite à une autre qui est consacrée à l'analyse des clauses relatives à l'allocation des ressources humaines dans les secteurs de la santé et des services sociaux et qui fait l'objet d'un rapport distinct[1].

Une telle étude de l'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les hôpitaux ne saurait être entreprise sans une connaissance du milieu dans lequel elles régissent les relations du travail. En effet, une même convention ou une même clause de convention peuvent avoir des impacts quelque peu différents selon les milieux dans lesquels elles sont appliquées.

C'est pourquoi il nous paraît opportun de rappeler le contexte socio-historique dans lequel s'insèrent les conventions collectives puisque l'évolution des relations du travail dans ce secteur est fortement liée à l'évolution socio-économique du système de santé.[2] Ceci devrait nous permettre de dégager certaines caractéristiques relatives à l'allocation des ressources humaines particulières aux hôpitaux.

1- L'évolution du système de santé

Le système de santé s'est fortement développé sous l'influence de l'industrialisation et de l'urbanisation qui furent provoquées par l'expansion de l'économie capitaliste, laquelle devait graduellement remplacer l'économie coloniale. En quelques décennies, le système de santé est passé de l'artisanat des médecins indépendants et d'institutions charitables à un complexe industriel. En effet, jusqu'aux années 1950-60, l'Etat au Québec ne jouait qu'un rôle supplétif, par l'intermédiaire des subventions dans le système de santé et en laissait la gestion au marché privé. Comme le rappelle Renaud, ce système a évolué jusqu'aux années 1960 quasi uniquement en fonction des forces du marché, en réponse aux changements dans la technologie médicale et aux intérêts des principaux acteurs dans le domaine, soit les élites traditionnelles, principalement les communautés religieuses et la profession médicale.[3]

Face aux coûts de plus en plus élevés du système de santé, à ses diverses insuffisances en termes d'accessibilité, d'administration et aux pressions politiques et sociales, la politique de l'Etat devient franchement interventionniste à partir des années soixante. Le financement, l'organisation et l'administration du système de santé sont réformés. Diverses lois marquent ce processus de changement: principalement la loi

---

[1] L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux, étude réalisée pour la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, mars 1987, 212 pages.

[2] Ce résumé de l'évolution du système de santé repose essentiellement sur les ouvrages de Dussault, Lesemann, Mintzberg, Parsons, Renaud et Rouleau. Pour les références exactes, nous renvoyons le lecteur à la bibliographie à la fin du rapport. Nous indiquerons toutefois, lorsque jugé nécessaire, la source particulière de certains éléments de ce résumé.

[3] RENAUD, M., "Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'Etat québécois dans le domaine de la santé", Sociologie et Sociétés, numéro spécial portant sur la gestion de la santé; 1977; vol. 9(no. 1): p. 129.

instituant l'assurance-hospitalisation en 1961, la Loi des hôpitaux en 1962 et, suite aux travaux de la Commission Castonguay-Neveu[4], la loi de l'assurance-maladie en 1970, la loi sur la santé et les services sociaux en 1971 réorganisant les services de santé et de bien-être et le code des professions en 1973. Dans le contexte de croissance économique du début des années 1970, ces politiques se sont traduites par une croissance explosive du système de santé.

Le mode d'imposition de cette nouvelle rationalité technocratique dans le champ socio-sanitaire s'est fait de manière particulièrement autoritaire[5]. La planification et la gestion du système ou du réseau de la santé ont été centralisées au ministère des Affaires sociales (aujourd'hui le ministère de la Santé et des Services sociaux). Cette période de centralisation du financement et de la gestion du réseau de la santé est également celle où les relations du travail se sont particulièrement structurées au niveau provincial.[6] Le ministère lui-même subit à cette époque d'importants changements dans son personnel. Il n'est plus dominé par des cadres originant des professions médicales mais plutôt par une nouvelle élite technocratique formée d'administrateurs et d'économistes de carrière.

Par ailleurs, au début des années 1980, la stabilisation des coûts du système de santé devient une véritable obsession. Dans le contexte d'une économie en décroissance et de la remise en question de "l'Etat providence", d'importantes restrictions budgétaires sont appliquées aux Affaires sociales qui n'iront pas sans affecter les salariés des hôpitaux.

En somme, comme le font remarquer les auteurs du livre Médecine et société: les années 1980[7]:

> "Le développement technologique, la mercantilisation des services de santé et l'apparition d'une logique productiviste ont fait des institutions socio-sanitaires une véritable industrie et un champ de bataille où s'affrontent des intérêts et des stratégies, mais aussi des logiques contradictoires: logique industrielle et logique de service; logique de l'égalité et logique du pouvoir".

2- Les grandes caractéristiques du système de santé

Ce qu'il faut comprendre des transformations qui se sont produites dans le système de santé à partir des années 1960, c'est que les hôpitaux ne sont plus des entités autonomes comme ils l'avaient été jusque-là. Désormais, ils sont partie d'un réseau dans lequel les fonctions de la partie, l'hôpital, et du tout, le réseau, sont déterminées au niveau central. Même si, à l'occasion de cette réforme, l'Etat introduit la notion de budget global afin de donner un peu plus d'autonomie aux administrations hospitalières, celles-ci ne peuvent gérer ce budget de manière tout à fait libre. Elles doivent suivre une série de politiques, directives et procédures qui encadrent fortement leur gestion et qui ne sont pas sans conséquence sur l'allocation des ressources humaines. Ainsi, un hôpital ne peut pas

---

4 Parmi les objectifs poursuivis par cette réforme, mentionnons la plus grande accessibilité des soins, l'approche globale de la santé, la primauté de la prévention, la participation accrue des citoyens et la création d'équipes multidisciplinaires dont le but était, entre autres, d'égaliser le statut des professionnels.

5 RENAUD, M., Ibid. : p. 127.

6 Le lecteur pourra consulter à ce sujet le texte sur "le régime des relations du travail dans les secteurs public et parapublic" au chapitre 1 du volet I de cette étude.

7 BOZZINI, L., et al., Médecine et société: les années 1980, Montréal, Ed. Albert St-Martin, 1980: p. 24

fermer un département, un certain nombre de lits ou se donner une nouvelle vocation sans obtenir au préalable une autorisation en ce sens du Ministère. De même, les importantes coupures budgétaires que le Ministère a imposé aux établissements ont eu des conséquences en matière d'allocation des ressources humaines comme nous le montrerons plus loin dans ce rapport.

On peut faire l'hypothèse que cette logique de réseau, cette gestion centralisée dans le but de la rendre plus rationnelle, n'est pas étrangère à l'apparition dans les conventions collectives de clauses ayant pour objet de créer des institutions conventionnelles dont la vocation s'étend à l'ensemble du réseau. Nous pensons ici aux clauses relatives au perfectionnement et aux clauses de sécurité d'emploi qui seront étudiées plus loin dans cette recherche.

Par ailleurs, la reconnaissance par l'Etat des professions médicales et l'octroi de champs de compétence exclusifs influencent également l'allocation des ressources humaines. Dans le cas précis des médecins généralistes et spécialistes, cette reconnaissance de l'Etat conduit à une structure de gestion bien particulière. Comme dans toute entreprise relativement importante en taille, les hôpitaux adoptent un mode d'organisation qui définit les différents lieux de pouvoir et les lignes d'autorité hiérarchique. Mais, dans un hôpital, cette structure est constamment soumise aux aléas d'une deuxième source d'autorité, soit l'autorité professionnelle des médecins.[8] Le pouvoir décisionnel est fragmenté. En effet, l'équipe médicale et les administrateurs n'ont pas les mêmes notions de productivité. Pour l'équipe médicale, celle-ci s'évalue en fonction de l'efficacité et de la qualité des interventions médicales et thérapeutiques. Par son pouvoir de prescrire des soins et des examens, elle peut donc affecter l'allocation des ressources. Pour l'administrateur, la productivité s'évalue en fonction de la qualité de la gestion des équilibres budgétaires et par le rendement des soins et des services hospitaliers. Or, la confrontation de ces deux logiques, administrative et professionnelle, peut donner lieu à certaines incohérences ou particularités en mesure d'influencer la qualité de l'allocation des ressources humaines.

Dans cette recherche, nous n'avons ni le temps, ni les moyens de mesurer l'impact relatif du mode de gestion du réseau de la santé, de la double structure d'autorité et des conventions collectives sur la qualité de l'allocation des ressources humaines dans les hôpitaux. C'est pourquoi nous n'avons pas la prétention de déterminer si l'allocation des ressources humaines est bien faite dans le secteur de la santé. Notre but est beaucoup plus modeste. Cette recherche vise essentiellement à connaître l'impact d'une seule de ces sources de règles, soit les conventions collectives, sur cette allocation des ressources humaines.

Les données ont été recueillies auprès de cinquante-quatre (54) informateurs[9] dans quatorze établissements de Québec et de Montréal et auprès de dix-huit

---

[8] Ibidem p. 142.
MINTZGERG, H., 'La bureaucratie professionnelle", Structure et dynamique des organisations: Ed. d'Organisation et Agence d'arc; 1986, chapitre 19, pp. 309-335.
BLAIN, G., "Profession, bureaucratie et hôpital", L'Union médicale du Canada; tome 103(août 1974): pp. 1365-1369.
COMTOIS, S., "Le contrôle de la médecine en milieu hospitalier", Administration hospitalière et sociale ; 1982; janvier-février: pp. 4-10 et mars-avril: pp. 23-30.

[9] Le générique masculin est utilisé dans ce document sans aucune volonté de discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

(18) représentants des associations patronale, professionnelle et syndicales les plus représentatives du secteur.

Ces entrevues auprès des représentants de niveau national ont permis de vérifier que dans une très large mesure les observations faites dans les régions urbaines de Québec et de Montréal sont représentatives de la situation qui prévaut dans les autres régions du Québec, à quelques exceptions près que nous identifierons chaque fois que cela sera opportun.

Trois grandes dimensions de l'allocation des ressources humaines ont été examinées: a) l'affectation du personnel, b) la mobilité interne et c) la sécurité d'emploi en tenant compte, à chaque fois que cela était pertinent, du critère de l'ancienneté et des règles de procédure applicables.

Outre le relevé de la littérature sur les études d'impact des conventions collectives et le cadre de référence, ce rapport comprend deux grandes parties, la première étant consacrée à la présentation des résultats et la seconde à leur analyse et interprétation.

Pour leur présentation, les résultats sont regroupés sous deux grands titres soit: les pratiques effectives en matière d'allocation des ressources humaines et les écarts entre les conventions collectives et la pratique.

Pour chacune des trois grandes dimensions évoquées ci-haut, le rapport décrit les pratiques observées, nonobstant ce qu'en disent les conventions collectives, et examine les difficultés que pose leur mise en oeuvre de même que la perception que se font les acteurs sociaux de leur efficacité. Ensuite, nous nous intéressons aux thèmes pour lesquels un écart fut observé entre les conventions collectives et la pratique. Après avoir identifié ces écarts, le rapport tente d'en apprécier l'ampleur et d'en rechercher les causes ou les explications.

Dans la section consacrée à l'analyse et à l'interprétation de ces mêmes résultats, le rapport aborde d'abord la question du degré de contraintes relatif que constituent ces conventions collectives en regard de la flexibilité qu'elles autorisent et aussi la question des rapports entre l'application des conventions collectives et le climat des relations du travail dans les établissements.

CHAPITRE I

L'impact des conventions collectives dans la littérature scientifique

La question de l'impact des conventions collectives sur les entreprises fait l'objet d'un débat important depuis quelques années aux Etats-Unis. En effet, peu d'études ont abordé cette question avant les années 1970. Jusqu'à cette époque, les préoccupations des chercheurs se sont portées surtout sur le syndicalisme et sur la dynamique des relations du travail, soit principalement sur les négociations collectives, les grèves et l'arbitrage.

Depuis les années 1970, un grand nombre de travaux portant sur l'impact des conventions collectives ont été publiés. Une première série d'études tente d'évaluer d'une part, l'impact de la négociation collective sur les salaires, sur les profits et la productivité et, de plus en plus, les impacts des clauses non-salariales sur la gestion des entreprises. Ces études, de type aussi bien quantitatif que qualitatif, sont conduites au niveau national, soit, pour tous les Etats-Unis ou tout le Canada et au niveau du secteur d'activité économique comme le secteur manufacturier ou de la fonction publique, un découpage que nous respecterons dans la présentation de ce relevé de la littérature. D'autres recherches sont plus thématiques mais se situent également dans le débat sur l'impact des conventions collectives. Elles analysent spécifiquement l'impact de l'ancienneté et de la procédure de griefs sur les performances des entreprises.[1]

Les recherches d'envergure nationale se divisent selon la question étudiée. Une première série tente d'établir une méthodologie pour mesurer avec plus de précision les règles prévues aux conventions et les variables qui conditionnent la nature des règles. Une deuxième série examine plutôt les conséquences de ces règles sur les acteurs. Nous nous attarderons particulièrement à ces dernières puisqu'elles se rapprochent le plus de notre objectif de recherche.

Pour leur part, les recherches de niveau sectoriel sont souvent réalisées dans les nouveaux secteurs d'émergence du syndicalisme, tels les gouvernements, l'éducation et les hôpitaux. On en retrouve également dans un secteur où la présence syndicale y est plus traditionnelle, soit le transport en commun. Dans ce relevé de littérature, nous apporterons évidemment une attention particulière aux études portant sur les hôpitaux.

Même si le relevé de littérature présenté ici n'a pas la prétention d'être exhaustif, il contient, selon nous, un éventail des principaux courants d'analyse de l'impact des conventions collectives. Ce relevé nous permettra d'établir un portrait général et global des effets du syndicalisme sur les entreprises.

Nous pourrons constater que, bien qu'il existe un nombre assez important d'études sur la question, leurs résultats sont divergents. Les questions de méthode d'enquête et les différents secteurs d'activité y sont pour beaucoup, semble-t-il. Les théories économiques expliquent également une partie de ces différences. Dans la

---

[1] ROOMKIN, M.J. et Juris, H.A., "A Critical Appraisal of Research on Unions and Collective Bargaining", tiré de: Kochan, T., Mitchel, D. et Dyer, L., Industrial Relations in the 1970's: Review and Appraisal, Industrial Relations Research Association, Madison, Wisc., 1982.

prochaine section, nous tracerons les grandes lignes de pensée des deux principales écoles au sujet de l'impact du syndicalisme.

A- Les théories économiques sous-jacentes aux études d'impact

Deux théories s'opposent plus particulièrement depuis quelques années à ce sujet. Ce sont la théorie classique et la théorie du "collective voice". La théorie classique considère que l'entreprise et le système économique capitaliste atteignent la plus grande efficacité lorsqu'ils sont en situation de concurrence parfaite et libres de toute contrainte. Pour leur part, les auteurs de la théorie du "collective voice" rejettent une partie de cette croyance en l'existence d'un libre marché. Alors que pour les premiers, le syndicalisme constitue une contrainte nuisible à la productivité des entreprises, les seconds considèrent plutôt que le syndicalisme peut contribuer à améliorer cette productivité.

1- La théorie classique

L'approche classique en économie considère que plus une économie est libre, plus son efficacité sera grande. En vertu de cette approche, la syndicalisation est considérée comme génératrice de rigidités, d'inefficacité et d'inégalités.[2] En effet, selon les adeptes de cette approche, le syndicat est perçu comme exerçant un monopole sur le marché du travail qui provoque des distorsions dans la structure des prix des facteurs de production. Ils font valoir à cet égard les statistiques comparant les salaires des employés syndiqués et non syndiqués qui montrent des écarts entre les salaires des deux groupes de l'ordre de 10% à 15% et dans certains cas de l'ordre de 30%.[3] En vertu de cette théorie, ces différences salariales provoqueront une substitution des facteurs de production, par exemple du capital sera substitué à la main-d'oeuvre, sous forme de nouvelle technologie, augmentant ainsi la productivité du travail dans les entreprises syndiquées. De plus, selon les partisans de cette approche, le syndicat introduit aussi dans la gestion des ressources humaines au niveau de l'entreprise une réglementation, particulièrement en matière d'utilisation et de déplacement de la main-d'oeuvre, qui réduit l'importance des critères de compétence, de rapidité de décision, etc., réduisant ainsi l'efficacité. Il en résulte alors un accroissement des coûts, d'où une utilisation suboptimale des ressources. Les autres effets seraient une diminution de l'emploi dans l'ensemble de l'économie, une diminution de la productivité et un accroissement des inégalités de revenus puisque les syndiqués reçoivent un salaire plus élevé que les non syndiqués.

Cette analyse part du postulat que le marché du travail non syndiqué, comme les autres marchés libres, est compétitif et que son fonctionnement conduit à l'utilisation la plus efficiente des ressources. Ce postulat implique que les salariés sont mobiles et qu'ils ont tendance à quitter les emplois jugés non satisfaisants, fournissant ainsi des indications aux employeurs qui les amènent à ajuster les conditions offertes (salaires et autres) à celles qui sont déterminées par les forces du marché.

---

2 Le lecteur peut consulter à cet égard la synthèse que font les auteurs suivants de ces théories: BELANGER, J. et Rondeau, C., "Le syndicalisme dans l'entreprise: tendances récentes et analyse", La syndicalisation dans le secteur privé au Québec, 38e Congrès des relations industrielles, Université Laval, 1983, pp. 15-36

BARIL, J., "Le fonctionnement du marché du travail", Le marché du travail, Les publications du Québec, 1983, vol. 4 (no. 12)

3 BELANGER, J. et Rondeau, C., op. cit., p. 30 et La Presse, Données de Statistique Canada, 23-10-1985.

2- La théorie du "*collective voice* "

Selon une autre théorie plus récente, dite "de Harvard" à cause du lieu de rattachement institutionnel de ses auteurs, il est faux de prétendre que le libre marché est nécessairement garant d'une meilleure utilisation des ressources humaines. Ils font une analyse de la détermination des salaires et de l'impact du syndicalisme à partir des concepts "*exit*" et "*voice*".[4] Selon cette théorie, il existe deux façons pour un individu d'améliorer ses conditions de travail, soit de quitter l'entreprise pour laquelle il est actuellement à l'emploi pour aller travailler ailleurs (*exit*), soit de revendiquer, de protester, de clamer (*voice*). Dans cette dernière option, les salariés insatisfaits de leurs conditions de travail décident de conserver leur emploi et de réclamer de l'employeur des améliorations au moyen de la négociation collective et de l'arbitrage. Les auteurs de la théorie font valoir que l'information ainsi transmise à l'employeur est beaucoup plus riche que celle communiquée par le flux des départs et des entrées de salariés. Elle favorise également une diminution des dépenses liées au recrutement du personnel et une réduction du risque de perte des investissements réalisés pour la formation en cours d'emploi. Selon ces auteurs, la présence syndicale entraîne une amélioration des pratiques de gestion puisque les gestionnaires deviennent plus conscients de l'efficience. Il en résulterait des gains de productivité qui compenseraient les coûts salariaux plus élevés auxquels ces entreprises sont assujetties.

B- Les résultats

Les prochaines sections permettront de constater qu'il n'existe pas de réponse univoque à ces questions, les résultats des études d'impact étant parfois contradictoires. Comme indiqué précédemment, nous examinerons dans une première partie les études d'envergure nationale et dans une deuxième partie, les études sectorielles.

1- Les études d'envergure nationale

Ces études se divisent en trois (3) grandes catégories. La première catégorie examine les déterminants de la convention collective, la relation entre le pouvoir de négociation et les résultats de la négociation alors que la deuxième catégorie examine les changements qu'introduisent les conventions collectives dans le comportement des parties.[5] D'autres enfin, à caractère thématique, s'intéressent à l'impact de l'arbitrage des griefs et de l'ancienneté sur les entreprises et seront traitées dans la troisième partie de cette section.

---

[4] Les défenseurs les plus célèbres de cette théorie sont: Freeman, R.B. et Medoff, J.L., What Do Unions Do?, 1984, Basic Books, New-York, 293 p.

[5] MEFFORD, R.N., "The Effect of Unions on Productivity in a Multinational Manufacturing Firm", Industrial and Labor Relations Review;1986; vol. 40(no.1): pp. 105-114.

a) Les études sur les déterminants du contenu des conventions collectives

Quatre recherches se penchent sur les déterminants du contenu des conventions collectives. Il s'agit de celles de Kochan et Wheeler (1975), de Gerhart (1976), de Kochan et Anderson (1977) et de Rondeau et Badin (1986).[6]

Leur but principal est de quantifier avec plus de précision le contenu non salarial des conventions collectives et de déterminer quelles sont les variables qui l'affectent. Les auteurs tentent alors d'appliquer au contenu non salarial des conventions collectives le même type de tests statistiques généralement utilisés dans les recherches d'impact des salaires.

Pour ce faire, le modèle utilisé est le même d'une étude à l'autre. Les auteurs mesurent le résultat des négociations par une codification des conventions collectives qui est assez simple. Il s'agit d'identifier la présence ou l'absence d'une clause et de lui attribuer une valeur. Cette attribution de valeur est faite du point de vue de l'une ou l'autre des parties à la négociation collective. Par exemple, Rondeau et Badin, fidèles en celà aux études précédentes, analysent les conventions selon le point de vue du syndicat.

Un des problèmes communs de ces études réside dans leur difficulté de définir le poids relatif de chacun des items. Un second problème est celui du jugement a priori porté à une clause. C'est en effet le chercheur qui évalue si une clause est favorable au syndicat. Signalons que cette difficulté est limitée par une consultation de représentants du milieu concerné.

L'étude de Rondeau et Badin représente une bonne illustration du type de résultats auxquels conduisent ce genre de recherches. Voici comment ils résument leur travail:

> "Deux catégories de facteurs apparaissent comme des déterminants du contenu non salarial des conventions collectives. Ce sont d'abord des variables associées à la technologie de production, et particulièrement à l'importance du travail comme facteur de production(...)En second lieu, ce sont des variables qu'on peut associer à la capacité de payer des firmes, soit les profits, la valeur des livraisons, et la productivité(...) Les résultats sont plus mitigés en ce qui a trait aux facteurs institutionnels, l'orientation des politiques syndicales, telle que révélée par leur affiliation à une centrale syndicale, est apparu clairement comme un déterminant important et significatif du contenu non salarial des conventions collectives."[7]

Malgré l'intérêt de la grille de classification utilisée dans ces études, nous ne l'avons pas retenue dans notre recherche pour les raisons suivantes. Cette grille

---

6 KOCHAN, T.A. et Wheeler, H.N., "Municipal Collective Bargaining: A model and analysis of Bargaining outcomes", Industrial and Labor Relations Review; 1975; vol. 29: pp. 55-66.

GERHART, P.F., "Determinants of Bargaining Outcomes in Local Government Labor Negociations", Industrial and Labor Relations Review; 1976; vol.29 (avril): pp. 331-351

ANDERSON, J. et Kochan, T.A., "Collective Bargaining in the Public Service of Canada", Relations industrielles/Industrial Relations; 1977; vol. 32 (no. 3): pp. 234-248

RONDEAU, C. et Badin, F., "Le contenu non-salarial des conventions collectives dans les industries manufacturières du Québec", Relations Industrielles/Industrial Relations;1986; vol. 41(no. 1): pp. 69-88

7 RONDEAU, C. et Badin, F., op. cit., p. 85

est beaucoup trop générale, elle manque de détails pour nos fins. En outre, elle n'est pas assez qualitative et ne nous permettra pas de décrire comment se fait l'affectation du personnel dans le secteur de la santé. Nous constaterons néanmoins dans les sections suivantes que certains chercheurs se servent de ce type de grille de classification des clauses de conventions collectives pour construire des modèles d'analyse de l'impact des conventions.

b) Les études d'impact des conventions collectives sur le comportement des parties

Nous avons recensé onze (11) recherches d'envergure nationale dans cette catégorie. Ce sont celles de Freeman et Medoff (1984), de Maki et Meredith (1986), de Clark (1984) (1980a) (1980b), de Allen (S.G.), de Freeman (1980), de Leigh (1979), de Becker (1978), de Block (1978), et de Brown et Medoff (1978).[8] Toutes ont pour caractéristique commune d'élaborer et de tester des modèles d'analyse qui prennent la forme de fonctions de production comportant un grand nombre de variables.

Freeman et Medoff sont des pionniers dans les études qui tentent d'examiner les conséquences des conventions collectives sur le comportement des parties. Dans leur livre What do Unions do?, Freeman et Medoff présentent une synthèse des travaux réalisés sur le syndicalisme aux Etats-Unis afin d'en connaître l'impact sur les performances du secteur privé de l'économie. Cette synthèse est faite à la lumière de leur théorie sur l'aspect "collective voice" des syndicats. Elle englobe les travaux des auteurs cités au paragraphe précédent, exception faite de ceux de Maki et Meredith (1986).

L'importance de cet ouvrage est tel qu'un colloque de la revue américaine Industrial and Labor Relations Review lui a été spécialement consacré en 1985.[9]

Selon Freeman et Medoff, les syndicats ont deux facettes dont une de celles-ci a des conséquences indésirables pour la société. Cet aspect indésirable des

---

[8] FREEMAN, R.B. et Medoff, J.L., What Do Unions Do?, 1984, Basic Books, New-York, 293 p.
MAKI, D.R. et Meredith, L.N., "The Effects of Unions on Profitability: Canadian Evidence", Relations Industrielles/Industrial Relations; 1986; vol. 41 (no. 1): pp. 54-68
CLARK, K.B., "Unionization and Firm Performance: The Impact on Profits, Growth, and Productivity", American Economic Review;1984; vol. 74 (no. 5): pp. 893-919.
CLARK, K.B., "The Impact of Unionization on Productivity: A Case Study", Industrial and Labor Relations Review; 1980 a); vol. 33: pp. 451-469
CLARK, K.B., "Unionization and Productivity: Micro-Economic Evidence", Quarterly Journal of Economics; 1980 b); vol. 95: pp. 613-639
ALLEN, S.G., "Unionized Construction Workers Are More Productive", Quarterly Journal of Economics, à paraître
FREEMAN, R.B., "The Exit-Voice Trade off in the Labor Market: Unionism, Job Tenure, Quits and Separations", Quarterly Journal of Economics; 1980; vol. 14 (juin): pp. 643-673
LEIGH, D., "Unions and Non Wage Racial Discrimination", Industrial and Labor Relations Review; 1979; vol. 37 (juillet): pp. 439-450
BECKER, B., "Hospital Unionism and Employment Stability", Industrial Relations; 1978 ;vol. 17: pp. 96-101
BLOCK, R.N., "The Impact of Seniority Provisions on the Manufacturing Quit Rates", Industrial and Labor Relations Review; 1978; vol. 31 (juillet): pp. 474-488
BROWN, C. et Medoff, J.L., "Trade Unions in the Production Process", Journal of Political Economy; 1978; vol. 86 (juillet): pp. 355-378

[9] -----, "What Do Unions Do?", Review Symposium, Industrial and Labor Relations Review;1985; vol. 38(no. 2). Nous empruntons largement à Burton les éléments de résumé qui suivent.

syndicats est leur face monopolistique qui leur permet d'élever les salaires à des niveaux supérieurs à ceux résultant du libre marché. Par contre, l'aspect désirable des syndicats réside dans la réponse institutionnelle, le "collective voice", qui permet aux syndicats de diriger le mécontentement des travailleurs pour amener une amélioration dans les conditions de travail. Selon leur approche, il faut analyser les salaires mais aussi la main-d'oeuvre, l'entreprise, ses gestionnaires et d'autres facteurs pour évaluer les effets généraux du syndicalisme.

Leurs résultats confirment la supériorité des salaires versés aux travailleurs syndiqués et indiquent que la perte d'efficience des entreprises serait limitée. Les syndicats diminueraient les inégalités de salaire. Généralement, mais non invariablement, la productivité des entreprises syndiquées est plus élevée que celle des entreprises non syndiquées. Toutefois, lorsque les relations du travail sont mauvaises, la productivité l'est également. Les entreprises syndiquées réalisent moins de profits que d'autres entreprises comparables non syndiquées. Les travailleurs syndiqués sont plus stables que les travailleurs non syndiqués puisqu'ils ont un taux de roulement moins élevé. La suite de l'ouvrage de Freeman et Medoff traite du déclin du syndicalisme aux Etats-Unis et suggère des moyens pour contrer cette tendance, sujets qui ne font pas l'objet de la présente recherche.

En ce qui concerne les aspects précis des mouvements de personnel, on peut trouver dans l'ouvrage de Freeman et Medoff les conclusions suivantes:

En permettant aux travailleurs de s'exprimer sur les règles et les conditions de travail, en instituant une procédure de griefs et en négociant des clauses d'ancienneté, le syndicalisme diminue fortement la possibilité que les travailleurs quittent leurs emplois. Ceci a comme résultat que la force de travail syndiquée est plus stable que la force de travail non syndiquée, et ce, même lorsque le salaire est identique.

Le syndicalisme modifie la façon avec laquelle les entreprises s'ajustent aux changements dans l'économie. Dans les périodes de ralentissement de l'activité économique, l'entreprise syndiquée fait un usage plus grand des mises à pied temporaires et utilise moins les coupures de salaires que le font les entreprises non syndiquées. Dans les cycles d'activité économique ascendants, les entreprises syndiquées rappellent relativement plus de leurs anciens salariés alors que les firmes non syndiquées ont tendance à engager de nouveaux salariés.

Les entreprises syndiquées fonctionnent avec des règles qui sont différentes et plus explicites que celles qui existent dans les entreprises non syndiquées. L'ancienneté est plus importante dans les entreprises syndiquées et les gestionnaires gèrent habituellement plus "by the book", avec moins de subjectivité, moins de flexibilité et d'une manière plus professionnelle, moins paternaliste et moins autoritaire.[10]

Paradoxalement, alors que les travailleurs syndiqués sont moins portés à quitter leur emploi que les travailleurs non syndiqués, ils se déclarent souvent moins satisfaits de leur emploi que les travailleurs non syndiqués.[11]

---

[10] Il est à noter que ces résultats n'ont pas été chiffrés par les auteurs et semblent provenir d'entrevues.

[11] FREEMAN, R.B. et Medoff, J.L., op. cit., pp. 21-22. Leurs résultats, quant à la satisfaction au travail, sont d'ailleurs confirmés par BERGER, J.C., Craig, A.O. et Boudreau, J.W., "Effects of Unions on Job Satisfaction: The Role of Work-Related Values and Perceived Rewards.", Organizational Behavior and Human Performance;1985; vol. 32: pp. 289-324

La principale critique adressée à cet ouvrage tient à la faiblesse de la démonstration empirique en ce qui concerne les effets de substitution induits par les salaires supérieurs en milieu syndiqué et l'impact des syndicats sur la productivité.[12]

En ce qui concerne les effets des syndicats sur la productivité, trois études établissent un lien entre la présence syndicale et une plus grande productivité. Il s'agit des études de Clark, Allen et Brown et Medoff.[13]

En opposition aux résultats de Harvard, Hirch et Link rapportent les résultats des travaux de Terleckyj (1974-1980), Kendrick et Grossman (1980), Mansfield (1980), Link (1981) et Sveikauskas et Sveikauskas (1982) qui montrent, de façon consistante, que le degré de croissance de la productivité est associé négativement avec le niveau de syndicalisation.[14]

Maki et Meredith, pour leur part, étudient l'influence des syndicats sur les profits des entreprises canadiennes. En utilisant des statistiques provenant de vingt grandes industries manufacturières portant sur la période 1971-1981, les auteurs examinent l'influence des syndicats sur les profits à partir de plusieurs mesures du profit. Des neuf (9) estimés de l'effet des syndicats sur les profits, sept (7) sont négatifs et deux (2) sont positifs. Même si ces constatations tendent vers un effet négatif de la syndicalisation sur les profits, les auteurs n'ont pu obtenir une vision nette de la façon dont la syndicalisation agit.

Cette contradiction ne serait qu'apparente selon Hirsh et Link. Leur analyse empirique, à partir des études des auteurs mentionnés précédemment, montre que l'accroissement de la productivité diminue en fonction à la fois de la croissance et du niveau de syndicalisation. Ces résultats remettraient donc en question la généralité et la rigueur des résultats rapportés aux études d'Harvard. Selon eux, la syndicalisation peut effectivement augmenter la productivité mais la diminution de la syndicalisation n'entraînerait pas nécessairement une diminution de productivité.[15]

Par ailleurs, d'autres chercheurs considèrent que les effets bénéfiques associés au syndicalisme par Freeman et Medoff peuvent être obtenus sans la présence

---

[12] Voir les textes des participants au Colloque de la revue Industrial and Labor Relations Review;1985;vol. 38 (no. 2); 1985 et la réplique de Freeman et Medoff à ce même colloque.

[13] HIRSCH, B.T. et Link, A.N., "Unions Productivity, and Productivity Growth", Journal of Labor Research ;1984; vol. 5(no. 1): pp. 29-37.

[14] TERLECKYJ, N.E., "What do Research and Development numbers tell us about technological change?", American Economic Review ;1980; vol.70: pp. 55-61

KENDRICK, J. W. et Grossman, E.S., Productivity in the United States: Trends and Cycles, The John Hopkins University Press, Baltimore, 1980.

MANSFIELD, E., "Basic Research and Productivity Increase in Manufacturing", American Economic Review; 1980; vol. 70 (décembre): pp. 863-873.

LINK, A.N., "Basic Research and Productivity Increase in Manufacturing: Some Additionnal Evidence", American Economic Review; 1981; vol. 71 (décembre): pp. 1111-1112.

SVEIKAUSTAS, C.D. et Sveikaustas, L., "Industry Characteristics and Productivity Growth", Southern Economic Journal; 1982; vol. 48 (janvier): pp. 769-774.

[15] HIRSCH, B.T. et Link, A.N., op. cit., p. 35.

syndicale, par le recours aux techniques de gestion participative, aux cercles de qualité et autres instruments de la gestion des ressources humaines.[16]

On peut reprocher également à Freeman et Medoff leur vision normalisatrice du syndicalisme. Selon cette vision, le syndicalisme tire sa légitimité de son efficacité économique. D'autres diront qu'il tire avant tout sa légitimité de la volonté de ses membres ou de son caractère démocratique.

Finalement, même si ces études mettent à jour des différences de comportement entre les secteurs syndiqués et non syndiqués, il demeure que la façon dont ces différences sont produites et la connaissance de la pratique effective de la convention collective demeurent obscures. Après avoir constaté la présence ou l'absence d'un syndicat et identifié la présence de telle ou telle clause dans la convention, les auteurs de ces recherches mettent ces variables en relation avec diverses données relatives à la productivité. Dans aucune de ces recherches, sauf celle de Clark (1980 a et b), les auteurs n'examinent ce qui se passe dans la "boîte noire", entre les intrants et les extrants. Pour sa part, Clark observe sur le terrain les changements qui surviennent dans la gestion d'une entreprise de ciment entre le moment de la syndicalisation de ses employés et suite à la première convention collective. Un type d'étude qui comporte un modèle quasi-expérimental (avant-après) qui ne nous est pas accessible puisque, dans notre secteur d'enquête, les hôpitaux sont syndiqués depuis plusieurs années.

c) Les études sur l'impact de l'arbitrage des griefs et de l'ancienneté

i- L'arbitrage des griefs

Nous avons recensé trois études qui traitent de l'impact de l'arbitrage des griefs. Il s'agit des études de Ichniowski (1986), Gilson (1985) et de Sulzner (1980).[17] Celle d'Ichniowski est de loin la plus importante des trois. Appliquant à dix (10) usines de pâtes et papier une fonction de production économétrique, l'auteur montre que plus une usine a de griefs, plus basse sera sa productivité. Testant les hypothèses de l'école de Harvard, l'auteur compare également les résultats de ses neuf (9) usines syndiquées avec une usine non syndiquée et montre que cette dernière a un taux de productivité significativement inférieur aux usines syndiquées.

---

16 DAUBIGNEY, J.P., Salaire et marché du travail interne à l'entreprise, Université de Montréal, Ecole des relations industrielles,1978, 51 p.

ADDISON, J.T., "What Do Unions Really Do? a review article", Journal of Labor research;1985; vol. 6(no. 2): p. 127-146.

17 ICHNIOWSKI, C., "The Effects of Grievance Activity on Productivity", Industrial and Labor Relations Review; 1986; vol. 40(no. 1) pp. 75-89.

GILSON, C.H.J., "Changes in the Nature of Grievance Issues Over the Last Ten Years: Labor Management Relations and the 'Frontier of Control'", Relations industrielles/Industrial Relations;1985; vol. 40(no. 4): pp. 856-864.

SULZNER,G.T.,"The Impact of Grievance and Arbitration Processes on Federal Personnel Policies and Practices: The View from Twenty Bargaining Units.", Journal of Collective Negotiations in the Public Sector;1980; vol.9: pp. 143-157.

Bien que son échantillon soit assez restreint dans cette étude, Ichniowski rapporte que ces résultats sont conformes à ceux d'autres recherches en ce sens[18]. L'auteur explique cette baisse de productivité par l'hypothèse suivante. Lorsqu'un grief est déposé, la contribution du travailleur à la production serait inférieure pour deux raisons: il y aurait un effet de déplacement et un effet de réaction du salarié. L'effet de déplacement est le nombre d'heures consacré par l'employé à rédiger et défendre son grief alors que l'effet de réaction est le changement dans le comportement du salarié lorsqu'il perçoit que la convention collective est administrée incorrectement ou de façon injuste.

Gilson, pour sa part, dresse un état des connaissances en matière d'arbitrage de griefs. Il semblerait que le type et le volume de griefs peuvent être influencés par les variables suivantes: le style des deux (2) parties, la technologie et les changements, les classifications[19], la position stratégique des groupes de travailleurs[20], l'environnement externe et la culture[21], l'histoire des négociations[22], et la procédure elle-même, selon son caractère plus ou moins formel et la durée de la période de temps entre chacune des étapes.[23]

Pour sa part, Sulzner étudie les impacts de l'arbitrage des griefs sur les politiques et les pratiques du personnel à partir d'entrevues réalisées auprès de représentants syndicaux et patronaux dans la fonction publique fédérale aux Etats-Unis. Ses questions d'entrevue sont tellement larges que les résultats ont une utilité limitée pour notre recherche. Nous en retenons tout de même que le recours à la procédure de griefs et son impact augmentent à mesure que la taille de l'entreprise augmente et que les parties gagnent en expérience.

ii- L'ancienneté

Deux recherches récentes analysent la question de l'impact des clauses d'ancienneté sur les mouvements de main-d'oeuvre.[24]

---

18 NORSWORTH,J.R., Zabala,C.A., "Worker Attitudes, Worker Behavior and Productivity in the U.S. Automobile Industry, 1959-1976", Industrial and Labor Relations Review; 1985; vol.38(no.4): pp.544-557
KATZ,H., Kochan,T.A. et Wheeler,M.,"Assessing the Effects of Industrial Relations Systems and Efforts to Improve the Quality of Working Life on Organizationnal Effectiveness", Academy of Management Journal; 1985; vol.28(no.3): pp.509-526
KATZ,H.,Kochan,T.A. et Gobeille,K.," Industrial Relations Performance, Economic Performance and the Effects of Quality of Working Life Efforts: an Interplant Analysis", Industrial and Labor Relations Review; 1983; vol.37(no.1): pp.3-17

19 PEACH, D.A. et Livernash, R.E., Grievance Initiation and Resolution: A Study in Basic Steel, Harvard University, 1974.

20 KUHN, J.W., "The Grievance Process", Tiré de Frontiers of Collective Bargaining, par Dunlop,J.T. et Chamberlain, N.W., Harper & Row, 1967.

21 GANDZ, J., "Grievances and their Resolutions", tiré de Union Management Relations, Anderson, J. et Gunderson, J., Addison-Wesley, 1982.

22 KHIGHT, T.R., Factors Affecting the Arbitration Submission Rate: A Comparative Case Study, (M.S.), Thèse de l'Université Cornell, 1978.

23 HERDING, R., Job Control and Union Structure, Rotterdam University Press, 1972.

24 ABRAHAM, K.G. et Medoff, J.L., "Lenght of Service and Promotions in Union and Non Union Work Groups", Industrial and Labor Relations Review;1985; vol. 38(no. 3): pp. 408-420.
QUINN MILLS, D., "Seniority versus Ability in Promotion Decisions", Industrial and Labor Relations Review;1985; vol. 38(no. 3): pp. 421-425.

Abraham et Medoff (1985), dans une enquête effectuée auprès des gestionnaires de 400 entreprises, montrent que le poids de l'ancienneté dans les décisions de promotion est plus important dans les entreprises syndiquées que dans les entreprises non syndiquées. Toutefois, cette différence est inférieure à ce que plusieurs prédisaient. En effet, ils évaluent que l'ancienneté joue un rôle significatif dans les décisions des employeurs d'accorder une promotion pour près de 60% des travailleurs américains. Autant dans les entreprises syndiquées que non syndiquées, les pratiques actuelles accordent plus de poids à l'ancienneté que ce que les politiques écrites requièrent réellement. Ces résultats montrent que même en l'absence de syndicat, les employeurs ne sont pas toujours complètement libres de promouvoir les candidats dont ils pensent qu'ils performeront le mieux dans le nouvel emploi.

Ils sont confirmés par l'enquête de Quinn Mills (1985). L'analyse des réponses à un sondage téléphonique mené auprès de 296 employeurs montre en effet que dans ces compagnies, un employé plus ancien a plus de chances d'être promu qu'un autre salarié moins ancien dans les cas où le poste est vacant, l'entreprise est petite, le poste n'en est pas un de cadre et lorsque le gestionnaire sent que ce choix correspond à la politique de la compagnie. Ainsi, la présence syndicale ne constitue pas un facteur statistiquement significatif.

L'auteur en conclut que les employés sont souvent promus à des postes comportant des salaires plus élevés non pas à cause de leurs habilités supérieures, de leur compétence ou de leur performance, mais parce qu'ils ont une plus grande ancienneté. Il semble, selon les entrevues réalisées par l'auteur, que les employeurs craignent les répercussions négatives découlant du choix d'un salarié moins ancien.

Il résulte donc de ces recherches que pour apprécier l'effet de la présence syndicale, il faudrait être en mesure d'isoler l'effet du facteur ancienneté en présence et en l'absence de convention collective.

2- Les études sectorielles

Des recherches portant sur l'impact des conventions collectives ont été conduites dans divers secteurs d'activité économique, dont plusieurs correspondent aux nouveaux secteurs d'émergence du syndicalisme. Voici comment Roomkin et Juris présentent ce type d'études.[25]

"Les études sectorielles utilisent toutes des techniques similaires à celles développées par Slichter et al.[26] Dans chacune d'elles, les échantillons sont non scientifiques ou statistiquement inadéquats, plutôt établis de façon à rechercher une variance dans des dimensions considérées comme importantes telles la région, la taille de l'unité de négociation, les politiques publiques en vigueur, les syndicats ou les organisations associées avec l'industrie et la durée de la relation entre les parties. Chaque étude examine les syndicats impliqués, l'environnement légal et les impacts des syndicats sur les salaires, les heures et les conditions de travail aussi bien que l'habilité des employeurs à gérer et le processus de décision affectant les opérations de l'entreprise.

La méthodologie utilisée inclut habituellement des entrevues avec les parties, un relevé des documents écrits et la couverture par la presse écrite locale

---

25 ROOMKIN, M.J. et Juris, H.A., op. cit., pp. 335-336

26 SLICHTER, S.H., Healy, J. et Livernash, E.R., The Impact of Collective Bargaining on Management, Washington, Brookings Institution, 1960.

d'événements qui se sont produits dans l'industrie décrite. Les données sont agrégées et désagrégées et passées dans la "boîte noire" des chercheurs; les résultats sont présentés dans une forme narrative. Ultimement, chaque chercheur compare la pratique et l'impact de la négociation dans le secteur qu'il a étudié à ceux de Slichter et al. Peu de différences sont trouvées."

En fait cette description ne constitue pas une volonté des auteurs de dénigrer ce type de recherches qui ont notamment pour avantage d'ajouter à la connaissance et de générer plusieurs hypothèses qui seront testées plus rigoureusement dans d'autres recherches postérieures.

Il faut d'ailleurs fortement nuancer le jugement qu'ils portent afin de tenir compte des nouvelles recherches publiées depuis l'année où ils faisaient ce commentaire. En effet, la plupart des études postérieures à cette année (1980) incluent des éléments propres aux études quantitatives ou macro-économiques qui permettent d'assurer beaucoup plus de fiabilité aux résultats.

La prochaine section traitera donc successivement les secteurs de l'éducation, des services gouvernementaux, du transport en commun et finalement des hôpitaux en indiquant au besoin le type de recherches rencontrées.

a) Les études sur l'impact du syndicalisme dans le secteur de l'éducation.

Le modèle de recherche décrit par Roomkin et Juris ne se retrouve pas dans ce secteur. En effet, les études qui portent sur l'impact des conventions dans le secteur de l'éducation se caractérisent par leur approche quantitative.

Nous en avons recensé deux (2). Il s'agit de celle de Eberts et Stone publiée en 1984 et de celle de Kershen publiée en 1983.[27] Toutes deux sont des études de très grande envergure. Dans les deux cas, les auteurs, leurs assistants et de nombreux collaborateurs ont en effet consacré quatre années à ces recherches. Nous ne décrirons que celle de Eberts et Stone puisqu'elle est la plus récente des deux et qu'elle utilise les mêmes moyens et en arrive globalement aux mêmes résultats que celle de Kershen.

Le but de Eberts et Stone est d'examiner comment la négociation collective affecte les enseignants, les administrateurs et, ultimement, les étudiants. Plus spécifiquement, ils étudient les effets de la négociation collective sur les variables suivantes: la mobilité des enseignants, l'allocation des ressources, les différences de salaire et de conditions de travail, les attitudes des enseignants et leur satisfaction au travail, les relations entre les enseignants et les administrateurs, la discrétion administrative, les politiques et les pratiques d'éducation, les déterminants de la réussite étudiante et les coûts d'opération.

Les auteurs utilisent une analyse quantitative à partir de données recueillies auprès d'écoles syndiquées et non syndiquées de l'état de New-York durant les années 1970-1978. Ils reconnaissent que les résultats de ce type d'étude sont incertains.

"Une combinaison d'intrants fonctionne avec certains étudiants, alors qu'une combinaison identique d'intrants échoue avec d'autres

---

27 EBERTS, R.W. et Stone, J., "Unions and Public Schools: The Effect of Collective Bargaining on American Education, Lexington Books, Lexington, 1984,195 p.
KERSHEN, H., "Collective Bargaining by Goverment Workers: The Public Employee", Public Sector Contemporary Issues Series, Baywood Publishing Company Inc., 1983, 264 p.

étudiants. Les tentatives de mesurer l'impact (...) des conventions collectives sur un processus qui lui-même n'est pas bien compris produit nécessairement des résultats incertains".[28]

Globalement, ils en arrivent à deux grandes conclusions: les professeurs syndiqués contrôlent plus ce qui se passe dans leurs classes et la convention agit comme une contrainte quant à la liberté de manoeuvre de la direction dans l'opération et la gestion des écoles publiques.

Les professeurs syndiqués reçoivent de plus hauts salaires, enseignent à de plus petites classes, passent moins de temps à enseigner aux étudiants et ont plus de temps pour préparer leurs cours. Ces différences ne semblent pas affecter la performance moyenne, entre les districts syndiqués et les districts non syndiqués, des étudiants à des examens standardisés. La principale différence se situe dans le coût de l'éducation. Pour une même qualité d'éducation, les coûts annuels d'opération par élève dans les districts syndiqués sont de 15% supérieurs à ceux des districts non syndiqués semblables. Par ailleurs, plus une convention comporte de clauses, plus elle affecte l'allocation des ressources humaines dans les écoles.

b) Les études sur l'impact des conventions sur les organismes gouvernementaux

Nous avons recensé quatre études qui traitent de l'impact des conventions collectives sur les administrations publiques.[29] Seule la première présente une approche quantitative alors que les trois autres ont une approche institutionnelle.[30]

Dans une recherche qui porte sur l'impact des conventions collectives dans les bibliothèques municipales, Ehrenberger et al. (1983) appliquent pour une des premières fois au secteur public les modèles d'analyse développés dans le cadre de la théorie du "*collective voice* ". Ce retard dans l'analyse du secteur public tient, selon l'auteur, à la difficulté de définir le concept de productivité dans le secteur public.

Tenant compte de cette difficulté, les auteurs délaissent les aspects qualitatifs du travail de bibliothécaire et s'en tiennent aux aspects quantitatifs tels que le prix du service, le type de clientèle, etc. Ils construisent un modèle économétrique reposant sur le postulat de concurrence parfaite et sur une comparaison entre les bibliothèques syndiquées et celles qui ne le sont pas. Ils utilisent des données provenant d'un échantillon de 256 bibliothèques municipales.

---

28 ibid., p. 177

29 EHRENBERG, R.G., Sherman, D.R. et Schwarz, J.L., "Unions and Productivity in the Public Sector: A Study of Municipal Libraries", Industrial and Labor Relations Review;1983; vol. 36 (no. 2): pp. 199-213.

WEX, J.H. and McGee, W.S., "Unionization of Court Employees raises Legal, Practical Issues.", Monthly Labor Review; 1979;no. 102 : pp. 20-24.

LEWIN, D., Horton, R.D. et Kuhn, J.W., "Collective Bargaining and Manpower Utilization in Big City Governements, Conservation of Human Ressources Series:6, Landmark Studies,1979

POLLACK, N.F., "Productivity in the Public Sector: The Impact of Collective Bargaining and Other Considerations.", Public Productivity Review;1979; vol. 3(no. 4): pp. 4-16

30 Cette approche s'intéresse aux grandes institutions des relations du travail, au cadre juridique qui les régit, au statut des acteurs et à la convention collective.

Les résultats indiquent que, dans l'ensemble, la syndicalisation ne semble pas affecter la productivité des librairies ou les salaires des employés, infirmant ainsi les résultats habituellement associés à la théorie du "collective voice".

Pour leur part, Wex et McGee (1979), étudient les impacts de la syndicalisation des employés des cours de justice aux Etats-Unis. A partir de questionnaires et d'entrevues administrés auprès de représentants de chacune des parties, les résultats indiquent que la syndicalisation n'aurait pas eu beaucoup d'effets sur la gestion interne des opérations des cours de justice. Il semble toutefois que les cours de justice ont été obligées de devenir de meilleurs gestionnaires et de meilleurs planificateurs des ressources disponibles.

Dans leur ouvrage, Lewin, Horton et Kuhn (1979) examinent cette fois les changements dans le processus de prise de décision provoqués par l'introduction de la négociation collective sur le gouvernement de trois grandes villes américaines.

Les villes de New-York, Chicago et Los Angeles ont été choisies parce que leur système de relations de travail sont rendus à des degrés différents de développement et que leurs structures socio-économiques et politiques ne sont pas les mêmes. La partie de l'étude concernant l'impact des syndicats relativement à l'allocation des ressources humaines est celle où la méthodologie est la moins explicite. Leur recherche à ce chapitre se limite d'ailleurs à la ville de New-York.

La syndicalisation des employés des villes et des organisations qui en dépendent aurait pour conséquence d'entraîner une formalisation des politiques et procédures en matière de relations du travail. Les auteurs considèrent que la structure des salaires égalitaire qui y prévaut nuit à l'efficacité puisque les cadres ne sont pas assez payés par rapport aux employés. Cette situation contribuerait à une performance plus faible des gouvernements dans la gestion des services comparativement au secteur privé. Il n'y a toutefois aucune démonstration à l'appui de ce dernier jugement.

Une dernière étude, celle de Pollack (1979), se penche sur le contenu des conventions collectives dans le secteur public. Aux Etats-Unis, en 1974, seulement 35 conventions collectives sur 2 548 analysées dans le secteur public fédéral contiennent une clause traitant de la productivité, soit surtout de la réduction des coûts et de programmes d'amélioration du travail. Mais ces résultats ne permettent pas de porter un jugement sur l'impact réel des conventions.

c) L'impact des conventions collectives dans le transport en commun

Deux études sont recensées dans ce secteur. Dans la plus récente, Perry et Angle (1983) veulent examiner les liens entre les relations patronales-ouvrières et la performance des entreprises dans le transport en commun.[31]

A partir d'un échantillon de vingt-huit (28) organismes de transport public de l'ouest des Etats-Unis, les auteurs ont interviewé et administré un questionnaire auprès des administrateurs surtout, ont observé les opérations de transport et ont recueilli des informations pour comparer des données qualitatives et quantitatives entre les organismes de transport.

---

[31] PERRY, J.L. et Angle, H.L., "Collective Bargaining and Organizational Performance: The Case of Public Transit", Journal of Collective Negociations in the Public Sector;1983; vol. 12(no. 4): pp. 271-282.

Leurs principaux résultats indiquent que les grèves sont reliées à des variations dans la structure organisationnelle des entreprises, que des relations du travail de coopération conduisent habituellement à de meilleurs résultats et que la convention collective est le facteur le plus important et qui a l'influence la plus directe sur la productivité. En effet, les clauses prévues aux conventions collectives entraînent une utilisation plus efficace des ressources humaines mais à un coût d'opération plus élevé que dans les entreprises non syndiquées. Les clauses de congés de maladie et les augmentations de salaires sont associées à un niveau plus élevé d'absentéisme. Finalement, l'existence d'une procédure de griefs rapide et dont l'administration est jugée adéquate par les salariés permet de réduire le roulement et l'absentéisme des salariés.

Pour leur part, dans une étude qui date de 1978, Jennings, Smith et Traynham[32] étudient l'impact des conventions collectives dans l'industrie du transport en commun de neuf états du Sud-est des Etats-Unis. Ils évaluent l'efficacité des services publics de transport à l'aide d'un modèle de système de relations du travail et des résultats d'une enquête menée dans un ensemble représentatif d'organismes de transport. Ils procèdent au moyen d'entrevues, d'analyse des conventions et de données sur le fonctionnement de chacune des compagnies. Leur analyse des conventions collectives se fait selon le modèle élaboré par Kochan, soit la codification des conventions selon la présence ou l'absence d'une clause.

Les résultats de cette étude vont dans le même sens que ceux de Perry et Angle. Il semble que les conventions interfèrent peu dans la liberté de gestion des cadres. A cette conclusion s'ajoutent les constatations suivantes: l'impact des conventions diminue lorsque la taille de l'organisation augmente. Les règles concernant l'exécution du travail entraînent une meilleure utilisation de la main-d'oeuvre mais augmentent les coûts d'opération. Les avantages sociaux augmentent l'absentéisme. La procédure de griefs, lorsqu'elle est jugée efficace par les salariés, réduit effectivement le roulement du personnel. Bref, de toutes les composantes de leur modèle, c'est la convention qui a le plus d'impact. Cependant, l'adaptabilité d'une organisation est peu liée aux clauses de sous-traitance, ou d'intérêt public. Elle est plutôt associée aux attitudes des parties et surtout au modèle de relations du travail existant; soit à l'histoire plus ou moins conflictuelle des relations du travail entre les parties.

d) L'impact des conventions collectives dans le secteur hospitalier

Pour le secteur hospitalier, nous ferons une division entre les recherches réalisées à l'extérieur du Québec et celles réalisées au Québec. Dans le cas des recherches réalisées à l'extérieur du Québec, nous retrouvons des recherches aussi bien de type quantitatif que des recherches de type qualitatif.

32 JENNING, S.K., Smith, J. et Traynham, E., Labor Relations in a Public Service Industry: Unions, Management and the Public Interest in Mass Transit, New-York, Praeger, 1978, 323 p.

i- Les recherches réalisées à l'extérieur du Québec.

1- Les recherches quantitatives.

On a recensé quatre recherches dans cette catégorie, celles de Wetzel et al (1985), de Sloan et Adamache (1982, 1984) et de Becker (1978).[33] La première se situe dans une approche behavioriste alors que les trois autres sont principalement de type économique, ou du moins, utilisent des méthodes quantitatives.

Dans leur étude sur l'impact du syndicalisme sur les hôpitaux de la Saskatchewan, Wetzel et al (1985) examinent cette question sous quatre aspects: l'impact des conventions sur les attitudes et les comportements des parties, sur les politiques et les contrôles de gestion, sur la qualité des soins et leur impact économique. Ces auteurs se situent dans une perspective behaviorale, c'est-à-dire qu'ils considèrent que la connaissance des perceptions que se font les parties syndicale et patronale de l'effet de la syndicalisation et de la négociation sur l'entreprise devrait permettre au chercheur de comprendre pourquoi les parties adoptent certaines positions et posent certains gestes et pourquoi un système de négociation réussira ou échouera à atteindre la stabilité. Ils ont fait parvenir un questionnaire aux parties patronale et syndicale représentant cent dix-sept (117) hôpitaux syndiqués; la partie patronale étant constituée de deux groupes, les directeurs généraux et les directeurs de soins infirmiers. Pour sa part, la partie syndicale est constituée de représentants de syndicats locaux appartenant à la même fédération syndicale provinciale. Les questions adressées aux répondants portent exclusivement sur les conséquences perçues de la syndicalisation sur le fonctionnement et la performance de l'organisation, l'impact des conventions sur les employés étant délaissé dans le cadre de leur étude. Il s'agissait plus spécifiquement de connaître l'opinion générale des deux parties eu égard à l'impact du syndicalisme. Précisons que les auteurs n'avaient pas comme objectif d'expliquer cet impact, ses causes, ou la dynamique entre une clause précise et un impact particulier.

Les résultats révèlent que les deux parties ont une perception positive de l'influence du syndicalisme en ce qui a trait au fonctionnement et à l'efficacité des hôpitaux. Les représentants syndicaux ont une opinion évidemment plus favorable de leur influence, particulièrement en ce qui concerne les salaires, les attitudes et le comportement des employés, la qualité de la direction, de la supervision et de la qualité des soins. Ces résultats sont particulièrement intéressants compte tenu du fait que les négociations collectives sont centralisées depuis dix ans en Saskatchewan, un peu comme au Québec. De plus, cette étude est la seule qui s'intéresse à un univers syndiqué à 100%, comme dans le cas de la syndicalisation des hôpitaux du Québec.

Pour leur part, Sloan et Adamache analysent dans leurs deux études la question de l'impact des conventions sur les salaires et l'augmentation des coûts des hôpitaux aux Etats-Unis. Ils constatent dans les deux cas que les conventions ont un impact sur l'augmentation des coûts mais que cet impact est beaucoup moins important que

---

33 WETZEL, K., Gallagher, D.G. et Maxey, C.T., "Impact of Nursing Unionism in the Hospital Industry: The Saskatchewan Experience", Relations Industrielles/Industrial Relations;1985; vol. 40(no. 4): pp. 793-809

BECKER, B., "Hospital Unionism and Employment Stability", Relations Industrielles/Industrial Relations;1978; vol. 17(no. 1): pp. 96-101.

ADAMACHE, K.W. et Sloan, F.A., "Unions and Hospitals: Some Unresolved Issues", Journal of Health Economics;1982; vol. 1: pp. 81-108.

SLOAN, F.A. et Adamache K.W., "The Role of Unions in Hospital Cost Inflation", Industrial and Labor Relations Review;1984; vol. 37: pp. 252-262.

celui exercé par d'autres facteurs. Ils considèrent donc que les syndicats ont peu contribué à l'augmentation des coûts des hôpitaux.

L'étude de Becker veut vérifier les hypothèse de l'école de Harvard quant à l'impact du "collective voice" sur le taux de roulement du personnel. En vertu de cette école de pensée, l'expression par les salariés de leurs revendications et l'établissement de conventions collectives devraient permettre d'améliorer leur situation et de diminuer ainsi le taux de roulement. Par conséquent, l'entreprise peut alors conserver à son emploi du personnel qu'elle a recruté et formé, économisant alors en coûts de formation et y gagnant en stabilité des conditions de production.

A partir d'un questionnaire distribué dans 563 hôpitaux de soins de courte durée de l'Illinois, du Wisconsin et du Minnesota, les auteurs ont reçu 144 questionnaires par retour de courrier. Les résultats suggèrent que la syndicalisation peut réduire le roulement du personnel par près de 50%, des résultats conformes à ceux trouvés dans des études précédentes.[34]

2- Les études qualitatives

On retrouve quatre études dans cette catégorie, celles de Juris et Maxey (1981), de Juris et Bentivegna (1981), de Becker et al. (1981) et celle de Miller et al. (1979).[35] Elles développent toutes une approche institutionnelle, i.e. qu'elles procèdent à l'analyse de la convention et des parties en présence pour déterminer l'impact des conventions. Certaines intègrent des méthodes de l'analyse quantitative, surtout pour évaluer l'impact des conventions collectives sur les salaires.

La première étude d'importance sur l'impact des conventions collectives dans le domaine des hôpitaux est celle de Miller et al. en 1979. Les auteurs analysent l'impact des conventions sur les salaires, le roulement du personnel et les coûts. Ils évaluent également l'impact des clauses de conventions sur la flexibilité qu'a la direction pour gérer le personnel.

Leur étude porte sur les hôpitaux des trois états américains, ceux du Wisconsin, du Minnesota et de l'Illinois. Des données sur les coûts et le roulement du

---

34 BURTON, J. et Parker, J.E., "Voluntary Labor Mobility in the U.S. Manufacturing Sector", Proceedings of the 20th Annual Winter Meeting, Industrial Relations Research Association, Madison, Wisc., 1968, pp. 61-70.

STOIKOW, V. et Ramon, R., "Determinants of Differences in Quit Rates Among Industries", American Economic Review;1968; LVIII(décembre): pp. 1283-1294.

PENCAVEL, J., An Analysis of Quit Rate in American Manufacturing Industry, Princeton, N.J., Industrial Relations Section, Princeton University, 1970.

35 JURIS, H.A. et Maxey, C., "The Impact of Hospital Unionism", prepared for the National Center of Health Services Research, U.S. Department of Health and Human Services, non publié, 1981, répertorié dans Juris et Roomkin, op. cit., pp. 339-340

JURIS, H.A. et Bentivegna, G., "Labor Agreements in the Hospital Industry: A Study in Trends in Collective Bargaining Output, 1974-1981". Dans Handbook of Health Care Personnel Management, Ed. Normand Metzberg, Rockville, 1981: pp. 529-536.

BECKER, B.E., Cain, G.C., McLaughin, C.G., Miller, R.N. et Schwenk, A.E., "The Union Impact on Hospitals: A National Study", Prepared for the National Center for Health Services Research, U.S. Department of Health and Human Services, non publié, 1981, répertoriés dans Roomkin et Juris,op. cit., p. 339.

MILLER, R.V., Becker, B.E. et Krinsky, E.B., The Impact of Collective Bargaining on Hospitals, Praeger, New-York, 1979, 244 p.

personnel ont été colligées par questionnaire auprès de cinq cent soixante-trois (563) hôpitaux syndiqués et non syndiqués.

Il est à noter que la construction du questionnaire s'est faite après discussion avec les administrateurs d'hôpitaux seulement. Une analyse de cent vingt-six (126) conventions collectives, selon la méthode développées par Kochan (absence ou présence d'une clause), a été réalisée. Des analyses de régression ont été utilisées pour mesurer l'impact des conventions sur les salaires, les bénéfices marginaux et les coûts. Dans la détermination de l'impact des conventions sur les coûts, les auteurs ont considéré l'impact net de celles-ci sur les salaires, une fois les coûts ajustés aux changements survenus dans la qualité de la main-d'oeuvre et aux effets des taux de roulement diminués.

Il faut noter une différence majeure avec le Canada, le personnel des établissements hospitaliers américains est syndiqué à environ 20% (1975) alors qu'au Québec, ce personnel est syndiqué à près de 100%.

Les résultats globaux indiquent que les syndicats entraînent une augmentation dans les coûts des hôpitaux d'environ 2 à 4%. Leur analyse du contenu des conventions collectives montre que la présence syndicale entraîne peu de restrictions dans la gestion des mouvements de personnel et que les salariés acquièrent peu de voix dans les décisions des gestionnaires ni au plan de la procédure, ni à celui des questions de fond.

De façon plus particulière, nous examinerons leurs résultats quant à l'impact des conventions sur l'utilisation de la main-d'oeuvre. Il est à noter que cet impact est induit, par les auteurs, d'une analyse du contenu des conventions collectives. Leur impact réel n'a pas été mesuré, du moins si on se fie au rapport de recherche.

Les contrôles habituels sur les règles en matière d'exécution du travail et la sécurité d'emploi souvent présents dans les conventions collectives du secteur manufacturier sont absents des conventions du secteur de la santé. Il y a très peu de restrictions placées à l'encontre des droits de la direction quant à la façon dont elle utilise la main-d'oeuvre. Les hôpitaux peuvent sous-contracter, déterminer unilatéralement le contenu des emplois, utiliser le personnel cadre pour effectuer du travail dans l'unité de négociation et transférer le nombre d'individus qu'ils pensent appropriés dans une autre tâche. Plus de la moitié des conventions analysées prévoient de longues périodes d'essai (trois mois ou plus), 77% ne prévoient pas de périodes de formation à l'occasion des promotions et l'utilisation de l'ancienneté pour les promotions ou les transferts est souvent une considération secondaire.

En résumé, l'impact des conventions sur l'utilisation de la main-d'oeuvre est minimal et les administrations n'ont presque rien perdu de leur discrétion en la matière.

Miller et al. tentent ensuite une analyse de l'impact des conventions collectives sur la qualité des soins à partir d'une analyse des enjeux des négociations. Un relevé des conflits de travail des dernières années montre que les conditions de travail qui sont directement reliées à la qualité des soins sont celles qui ont constitué l'enjeu de ces conflits. Les employés demandent du personnel supplémentaire et de ne faire que des tâches pour lesquelles ils sont qualifiés. Peu de conventions contiennent toutefois ce type de clauses.

En 1981, ces auteurs élargissent le champ de leur étude pour l'étendre à un échantillon national (Becker, Miller et al.) avec le même objectif de recherche. Ils y trouvent les mêmes résultats et rapportent également les propos de quelques administrateurs

qui admettent que les pressions syndicales les ont forcés à économiser et à améliorer leurs pratiques de gestion dans le domaine des horaires, de la discipline et de la supervision.

Pour leur part, Juris et Maxey, et Juris et Bentivegna analysent le contenu des conventions collectives en vigueur dans les hôpitaux. Leurs résultats sont à l'effet que, contrairement au sentiment courant à savoir que les hôpitaux représentent un type d'industrie particulier et que la négociation y serait différente, ils trouvent que les conventions y sont similaires à celles qu'on retrouve dans d'autres industries et que ce degré de similarité augmente avec les années.

Dans leur étude, Juris et Maxey montrent, suite aux résultats à un questionnaire administré auprès d'employeurs de trente-six (36) hôpitaux, que l'impact des conventions sur la qualité des soins semble négligeable. Dans un même temps, les employeurs pensent que la syndicalisation a rehaussé leurs pratiques de sélection et d'utilisation du personnel.

ii- les études sur l'impact des conventions dans les hôpitaux du Québec

On ne retrouve aucune étude qui porte directement sur l'impact des conventions collectives dans les hôpitaux du Québec. Nous avons toutefois recensé trois (3) études qui peuvent nous permettre d'évaluer leur impact, et ce, en faisant référence à la théorie de "collective voice". Il s'agit des études de Côté-Labrecque (1960), de Veilleux (1981) et de Mnasri (1986).[36]

La première recherche laisse entendre qu'à la fin des années 1950 le taux de roulement du personnel atteignait 36% annuellement dans la région de Montréal. (L'ouvrage n'est pas très clair à ce propos). A partir de l'analyse du taux de roulement d'un hôpital, l'auteur montre que ce sont les femmes les plus instruites qui quittent leur travail à cause de raisons socio-économiques, soit surtout les faibles salaires payés par les hôpitaux.

Quant à Mnasri, il construit un tableau assez frappant concernant l'évolution du taux de roulement du personnel infirmier pour la province du Québec. Cumulé aux indications précédentes, ce tableau donne à penser que le développement de la négociation collective dans le secteur de la santé et l'amélioration des conditions de travail consécutives à la présence syndicale de même que la nécessité dans laquelle étaient les gestionnaires de stabiliser leur main-d'oeuvre, auraient eu des effets positifs en termes de roulement de main-d'oeuvre et d'efficacité si l'on se fie à la théorie du "*collective voice* ".

---

36 COTE-LABRECQUE, M., Première étape dans l'analyse du roulement du personnel féminin d'un hôpital métropolitain, thèse, M.A., administration hospitalière, Université de Montréal, 1960, 89 p.

VEILLEUX, D., Le contrôle arbitral en matière de promotion et de transfert chez les infirmières, thèse de maîtrise, Université Laval, Departement des relations Industrielles, 1981.

MNASRI, N., Le travail à temps partiel: un quasi rapport salarial, Ph.D., Sociologie, Université Laval, Janvier 1986, 485 p.

Taux annuel de roulement de l'ensemble du personnel du service des soins infirmiers, Québec[37]

Année	Taux de roulement
1965	25,4
1966	24,4
1967	28,0
1968	27,0
1970	24,1
1971	22,1
1972	21,2
1973	19,5
1974	19,1
1975	20,9
1978	8,0

Une dernière étude recensée, celle de Veilleux, vise à déterminer comment la promotion et le transfert chez les infirmières sont encadrés par la convention collective et par les spécificités de la profession exercée. Dans cette étude, l'auteure inclut les conventions de la FSPIIQ, de la FIIU et de la FQII.

Son analyse des sentences arbitrales de griefs l'amène à conclure que chez les infirmières, la détermination des exigences de postes appartient à l'employeur et qu'à partir du moment où celui-ci est capable de démontrer que les exigences qu'il a fixé sont raisonnables, l'arbitre n'a d'autre choix de les appliquer. Dans les unités de soins spécialisées, l'expérience spécifique au poste est habituellement requise et seul le candidat qui y satisfait peut être nommé.

Conclusion

En guise de conclusion, nous résumerons à grands traits les impacts habituellement produits par les conventions collectives sur la qualité de l'allocation des ressources humaines et nous situerons l'approche de notre recherche par rapport à celles décrites dans ce relevé.

1- Résumé des études d'impact

Nous résumons les études d'impact selon deux aspects: leurs méthodes et leurs résultats.

---

[37] SOURCE: Statistique Canada, Statistiques annuelles des hôpitaux, catalogue 83-232, Annuel et Fédération des administrateurs des services de santé et des services sociaux du Québec, L'évolution des affaires sociales, bilan et perspectives, congrès annuel, 1978.
Tableau tiré de MNASRI, N., Le travail à temps partiel: un quasi rapport salarial, Thèse Ph.D. Sociologie, Université Laval, janvier 1986, p. 459.

a- Leurs méthodes

Au terme de cette revue de la littérature, résumons les grandes tendances dégagées.

On retrouve deux types d'analyses de l'impact des conventions collectives. L'analyse macro-économique, quantitative, et l'analyse institutionnelle, plus qualitative.

L'analyse quantitative est toujours utilisée lorsqu'il s'agit d'étudier l'impact des conventions collectives et, plus spécialement, l'impact des salaires sur les coûts, la productivité et les profits des entreprises. Le modèle d'analyse associé à ce type d'études prévoit toujours une comparaison entre les entreprises syndiquées et les entreprises non syndiquées.

Lorsque l'analyse quantitative est utilisée pour évaluer l'impact des clauses relatives à l'allocation des ressources humaines, les auteurs recourent la plupart du temps au modèle de Kochan, soit à la codification des clauses de conventions collectives, selon la présence ou l'absence d'une clause, sans pousser très loin l'analyse de la structure interne de cette clause.

Pour sa part, l'approche institutionnelle décrite dans la littérature consultée analyse l'impact des conventions collectives par rapport à un modèle théorique de flexibilité dans l'utilisation de sa main-d'oeuvre, modèle dont l'opérationnalisation est plus ou moins claire. Les recherches de ce type procèdent habituellement d'une part à une analyse des conventions et d'autre part à une analyse des discours recueillis au moyen d'entrevues, le tout se faisant avec des instruments de mesure plus ou moins rigoureux. Une seule étude, celle portant sur les hôpitaux de la Saskatchewan, présente un haut niveau de rigueur scientifique. Dans cette étude, l'analyse de l'impact des conventions collectives n'est toutefois pas mise en relation avec le contenu des conventions collectives. Il s'agit en fait d'une étude qui porte sur l'impact du syndicalisme.

L'apport méthodologique de cette littérature pour notre étude est ténu. Nous en retenons surtout les résultats généraux que nous présentons dans la prochaine section.

b- Leurs principaux résultats

Si l'on s'attarde maintenant à l'analyse des principaux résultats, on constate que les études d'impact abordent presque toujours la question de l'impact des conventions sur les salaires et la productivité, et ce, dans une approche comparative avec le secteur non syndiqué. Elles révèlent que les salaires prévus aux conventions collectives sont de 10 à 15% supérieurs à ceux versés par les entreprises non syndiquées. La perte d'efficacité des entreprises syndiquées serait limitée et certaines études montrent même des gains de productivité associés à la syndicalisation. Toutefois, ce sont surtout les profits des entreprises qui seraient affectés à la baisse. La présence syndicale et l'amélioration des conditions de travail auraient également un effet particulièrement frappant sur la diminution du taux de roulement du personnel.

D'autre part, la qualité du climat de travail, des relations du travail et la politique de gestion des entreprises exerceraient également une grande influence sur la productivité. A cet effet, plus le nombre de griefs est élevé, plus la productivité diminue.

Les études qui abordent la question de l'impact des clauses de conventions traitant de l'allocation des ressources humaines sont moins nombreuses et moins rigoureuses. Selon leurs résultats, il semble que la présence syndicale et les règles de la convention collective aient pour conséquence de rendre la gestion des entreprises plus formaliste, moins arbitraire et souvent plus rationnelle.

Par ailleurs, l'importance de l'ancienneté est plus grande dans les décisions d'allocation de postes dans les entreprises syndiquées que dans les entreprises non syndiquées. Toutefois, les recherches démontrent que la règle de l'ancienneté n'est jamais absente de ce type de décision même dans les entreprises non syndiquées.

On remarque d'une manière générale que les études sectorielles confirment habituellement une bonne part de ces résultats. Plus spécifiquement dans le secteur de la santé, les résultats d'études montrent que la hausse importante des coûts des hôpitaux américains qui s'est produite durant les années 1970 s'explique par d'autres facteurs que les augmentations des salaires négociées.

Lorsque nous comparerons certains de nos résultats avec ceux de la littérature, (pour les sujets qui sont communs), il sera important de tenir compte du contexte des études qui portent sur les hôpitaux américains. La plupart de ces recherches analysent des situations qui se déroulent dans les années 1974 à 1979, au moment où à peine 20% des hôpitaux de leurs échantillons sont syndiqués. La situation au Québec est sensiblement différente: le système de santé est public et sa gestion centralisée, la main-d'oeuvre dans les hôpitaux est syndiquée à près de 100% et l'employeur se trouve en situation de monopsone ou de quasi-monopsone dans certaines catégories professionnelles.

2- L'approche utilisée dans notre étude

Nous situons d'emblée notre étude dans l'approche institutionnelle. En effet, le mandat de recherche qui nous a été confié par la Commission Rochon ne demandait pas d'étudier la question des salaires ou des profits. Par ailleurs, l'évaluation de l'impact des conventions sur la productivité dans les hôpitaux représentait d'importantes difficultés conceptuelles qui n'ont pas encore été résolues. Ainsi, doit-on évaluer cette productivité en terme de quantité ou de qualité de soins?

Des variables administratives, médicales et humaines entrent en ligne de compte. Des variables politiques également, puisque derrière chacune des variables énumérées se profilent des valeurs et des choix quant à la qualité et à la quantité des soins "souhaitables" qui doivent être dispensés à une population donnée. De plus, d'importantes difficultés de mesure de la productivité en milieu hospitalier existent, selon la définition qui en est retenue. Cette question complexe de l'impact des conventions collectives sur la productivité dans les hôpitaux a donc été délaissée dans le cadre de cette première étude.

Notre recherche doit servir à évaluer l'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines. Les hôpitaux du Québec étant syndiqués à près de 100%, nous ne pouvions utiliser les comparaisons avec des hôpitaux non syndiqués. Notre attention s'est alors portée vers d'autres méthodes.

Nous étudions dans un premier temps le contenu des conventions collectives et en évaluons l'impact à partir d'un modèle théorique dont les principaux termes sont la stabilité et la flexibilité des ressources humaines. Ce qui caractérise cette étude, c'est la systématisation de cette démarche.

Nous avons élaboré une grille d'analyse qualitative des conventions collectives. Nous évaluons leur impact à travers les concepts de stabilité et de flexibilité qui ont été développés et systématisés à un niveau inconnu dans la littérature consultée. En effet, Slichter et al.[38], et ceux qui les ont suivis, ont abondamment utilisé ces concepts sans jamais leur donner de véritable définition opérationnelle. De plus, tenant compte des derniers développements dans la littérature, en particulier des travaux de l'école de Harvard, nous introduisons le concept de flexibilité de système qui a pour avantage de dégager la notion de flexibilité de la notion des droits de gérance.

Ce développement conceptuel devrait permettre d'obtenir une plus grande validation des résultats et d'en augmenter le caractère vérifiable.

38 SLICHTER, S.H.,Healy,J. et Livernash,E.R., op. cit.

CHAPITRE II

L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines

Les conventions collectives, et les décrets qui en tiennent parfois lieu, étant des instruments qui servent à déterminer les conditions de travail des salariés et à encadrer dans une certaine mesure l'exercice du pouvoir de direction de l'employeur, il est raisonnable de penser qu'elles peuvent constituer un facteur, parmi d'autres, susceptible d'influer sur la production des biens et des services dans les entreprises ou les établissements où elles s'appliquent.

Dans les secteurs de la santé et des services sociaux, qui sont des secteurs à forte prédominance de main-d'oeuvre, c'est d'ailleurs un argument qui est souvent invoqué par les négociateurs syndicaux. On réfère souvent aux répercussions que pourra avoir le résultat de la négociation sur la qualité des services. On l'évoque, bien entendu, lorsqu'il est question de masse salariale, mais bien davantage encore lorsqu'il s'agit des clauses qui touchent plus directement la disponibilité, la qualification et l'affectation du personnel; en somme, de façon plus générale, lorsqu'il s'agit de l'allocation des ressources humaines.

A- La problématique

Dans le secteur précis de la santé et des services sociaux, il aurait été intéressant de chercher à mesurer directement l'impact de ces conventions collectives sur la qualité des soins et des services. En dépit de l'intérêt évident de la question, l'entreprise présente non seulement des difficultés méthodologiques et conceptuelles considérables, mais l'état actuel des connaissances, des recherches et des instruments, ne permet pas encore de s'attaquer directement, avec des chances raisonnables de succès, à ce type de recherche. L'absence de définition communément acceptée des concepts de qualité des soins et des services dans ces secteurs oblige à envisager un objectif plus modeste.

Le relevé de la littérature[1] sur l'impact des conventions collectives révèle en effet que les études réalisées ailleurs sur ce thème sont en général de deux types, soit des études de cas conduites dans un nombre limité d'établissements, soit des études à caractère macro-économique.

En pratique, ces études sont d'une utilité limitée dans la présente recherche: elles ne correspondent pas aux mêmes objectifs; la période de temps disponible ne permet pas la réalisation d'études réplicatives; le secteur visé a des caractéristiques bien particulières (service public, entièrement syndiqué, employeur en situation de quasi-monopsone dans certaines catégories occupationnelles, conventions négociées au niveau national et administrées au niveau local, etc.).

En raison de la perspective dans laquelle ont été réalisées les études existantes et du particularisme de la situation du secteur public québécois, notamment la très grande centralisation au niveau de la détermination des conditions de travail à l'échelle du

1 Voir supra chapitre I.

territoire, il est apparu intéressant de tenter de développer une approche qui permette de tenir compte de cette situation.

Il n'est pas question de tenter ici, comme d'autres l'ont fait ailleurs, de mesurer l'impact des conventions collectives sur les coûts, sur la productivité, sur le style de gestion, sur le roulement ou la satisfaction du personnel; ce n'est pas l'objet de l'étude, d'une part, et ni le temps ni les moyens ne permettaient d'y arriver malgré l'intérêt certain de la question, d'autre part.

1- La question à l'étude

Cette première contribution à l'étude des rapports entre les conventions collectives et les conditions d'exécution du travail se situe donc, de façon plus réaliste, à l'intérieur d'un cadre plus modeste.

Ce projet a donc plus précisément pour objectif d'apprécier la perception qu'ont les acteurs sociaux de l'impact de ces clauses des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines.

En effet, ne pouvant espérer apprécier directement l'impact possible des conventions collectives sur les conditions d'exécution du travail, nous avons cru utile et intéressant de le rechercher par l'intermédiaire du rapport entre ces conventions et l'allocation des ressources humaines dans les établissements. A cette fin, nous avons retenu comme postulat que l'allocation des ressources humaines n'est pas étrangère à la qualité des soins et des services.

Nous avons eu l'occasion de définir dans le détail et de façon opératoire, dans le chapitre II du rapport sur le premier volet de cette recherche[2], ce qu'il y a lieu d'entendre par allocation des ressources humaines et par clauses pertinentes à une telle allocation. Qu'il suffise donc simplement de rappeler sommairement ici que pour les fins de la présente recherche, nous avons jugé utile de regrouper sous cinq grands titres les clauses pertinentes à l'allocation des ressources humaines, à savoir: 1- l'affectation du personnel sur une base quotidienne ou de très courte période (v.g. équipe de travail, horaire, remplacement des absents, etc.); 2- la mobilité interne des salariés sur une plus longue période (v.g. promotion, mutation, etc.); 3- la sécurité d'emploi qui touche la mobilité externe (v.g. permanence, mise à pied et rappel, etc.); 4- l'ancienneté qui intervient de façon transversale et à des degrés divers à chacun de ces trois niveaux de décisions; 5- il en va de même pour certaines règles de procédure auxquelles les parties sont astreintes. En raison de leur rôle particulier, l'étude de leur impact des clauses contenues dans ces deux dernières catégories sera faite de façon intégrée aux trois précédentes.

2- Ses quatre dimensions

A un niveau plus opératoire, cette question de l'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines en suggère quatre autres qui pourront être considérées comme autant de dimensions de cette variable dépendante, lesquelles seront explicitées ci-après: 1- les pratiques effectives en matière d'allocation des ressources

---

[2] Voir le chapitre II intitulé "Les notions de flexibilité et de stabilité dans les clauses relatives à l'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives" in L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux, étude réalisée pour la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, mars 1987.

humaines; 2- l'existence d'un écart possible entre les règles prévues dans les conventions collectives et ces pratiques; 3- le degré de contrainte ou de flexibilité que représentent les conventions collectives en cette matière; 4- le rapport entre l'application des conventions collectives et le climat des relations du travail dans l'établissement.

LES PRATIQUES EFFECTIVES

La gestion quotidienne et à long terme des ressources humaines impose aux acteurs sociaux au niveau de chaque établissement des exigences sans cesse renouvelées: comment affecter le personnel de façon à répondre au mieux aux besoins, comment répartir les effectifs selon les quarts de travail; comment tenir compte des congés et des vacances, des préférences de chacun et de chacune; comment procéder aux remplacements temporaires de façon efficace et effective; comment s'assurer que les processus de promotion et mutation permettent une allocation rationnelle des ressources, i.e. celle qui permet à la fois d'avoir la meilleure personne dans le bon poste et d'avoir un poste qui satisfait aux attentes de son détenteur; comment assurer la qualification, le perfectionnement ou le recyclage du personnel; etc.

Cette première question, qui concerne les pratiques effectives, comporte trois volets: a) comment se fait en pratique cette allocation des ressources, nonobstant ce qu'en disent les conventions collectives; b) quelles difficultés pose-t-elle; c) quelle perception a-t-on, aussi bien du côté des gestionnaires que du côté syndical, quant à l'efficacité de ces pratiques pour une bonne allocation des ressources.

Cette question emporte une réponse descriptive des processus, des problèmes qu'ils posent et de la perception que se font les acteurs sociaux de leur efficacité.

LA QUESTION DE L'ECART ENTRE LES CONVENTIONS ET LA PRATIQUE

Toutefois, s'agissant toujours de l'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines, il y a une autre question qui paraît centrale dans le régime québécois: c'est celle de l'existence ou non d'un écart entre une convention collective négociée ou imposée au niveau national et la pratique de cette convention collective au niveau local.

En fait, dans quelle mesure ces conventions collectives élaborées à l'échelle nationale régissent-elles effectivement l'allocation des ressources humaines au niveau des établissements?

Cette question apparaît d'autant plus importante qu'elle a été maintes fois soulevée en raison précisément du caractère centralisé de la structure de négociation collective au Québec. Les conventions sont parfois perçues comme "parachutées" aussi bien sur les administrations locales des établissements[3] que sur les salariés dont elles doivent régir les conditions de travail.

On cherchera donc d'abord à identifier s'il existe ou non un écart entre le texte et la pratique. Ou bien, la convention collective produit pleinement ses effets, i.e. ce sont les règles qu'elle contient qui président à l'allocation des ressources humaines, ou bien, la convention ne produit pas ses effets et les ressources humaines sont affectées en

[3] Voir communication de M. Claude A. Boutin, directeur des ressources humaines, Association des hôpitaux du Québec, in L'avenir des négociations dans les secteurs public et parapublic, au Colloque de la Fédération des cégeps, les 6 et 7 octobre 1983, pages 79 à 95.

fonction de règles autres que celles prévues à la convention. Evidemment, selon les dispositions de la convention et selon les établissements, il y a place pour toutes les situations intermédiaires entre ces deux pôles extrêmes. En vertu d'une approche étroitement juridique, on pourrait tenter d'apprécier cet écart à partir du nombre d'infractions, de violations, à la convention collective qu'on pourrait mesurer par le nombre de griefs déposées ou de sentences arbitrales rendues. Il nous apparaît cependant que cette approche, pour valide qu'elle soit dans le cadre d'une analyse juridique, ne permettrait de saisir qu'une partie de la réalité. En effet, nous faisons l'hypothèse que l'écart entre le texte et la pratique quotidienne de la convention collective peut se manifester de bien d'autres manières.

L'écart entre le texte et la pratique peut être le fait de l'employeur seul, v.g. celui qui préfère s'*écarter* des dispositions de la convention, ou en faire une interprétation *flexible*, au risque de devoir défendre sa position en arbitrage, le cas échéant; ou encore, il peut être le fait de l'employeur et du syndicat, soit de façon formelle lorsque les deux parties concluent une entente locale pour *adapter* (ou assouplir) les dispositions contenues dans la convention de niveau national; soit de façon tacite, lorsque le syndicat renonce à formuler des griefs chaque fois que l'employeur prend des *libertés* avec le texte de la convention nationale pour tenir compte du particularisme de la situation locale.

On cherchera également à savoir s'ils concernent, le cas échéant, l'ensemble de la convention collective ou certaines clauses seulement; dans l'ensemble des établissements observés ou dans quelques-uns seulement. Ce qui nous intéresse donc ici, ce n'est pas tant le nombre de violations présumées, alléguées ou sanctionnées, que la pratique quotidienne que font les parties de l'application de la convention collective.

Enfin on cherchera à déterminer les conséquences que pourrait avoir la présence d'écarts sur l'employeur, en termes de gestion, et sur le syndicat, en termes de relations du travail.

LA PERCEPTION DU DEGRE DE CONTRAINTE OU DE FLEXIBILITE

L'analyse des conventions collectives[4] a permis d'identifier un nombre plus ou moins élevé de contraintes imposées à l'employeur en la matière (contraintes de procédure: v.g. affichage des postes; contraintes de fond: v.g poids relatif de l'ancienneté dans la promotion ou la mutation).

Dans ce deuxième volet consacré à l'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines, on cherchera à apprécier la perception qu'ont les acteurs sociaux du degré de contrainte que représentent les conventions collectives. A partir de cette perception et de l'analyse qu'on peut en faire, comment les situer par rapport à un *continuum* à une extrémité duquel les conventions collectives sont davantage considérées comme une sorte de "carcan", ainsi qu'on les appelle parfois, constituant une entrave à une bonne allocation des ressources humaines alors qu'à l'autre extrémité, elles seraient davantage perçues comme un instrument de gestion parmi d'autres permettant à la fois une bonne allocation des ressources humaines et des conditions de cheminement normal dans la "carrière" du salarié.

[4] Voir volet I de la présente recherche: L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux au Québec, loc. cit.

LE CLIMAT DES RELATIONS DU TRAVAIL ET L'APPLICATION DES CONVENTIONS COLLECTIVES

S'agissant de questions relatives à l'application des conventions collectives, on peut faire l'hypothèse qu'il y a sans doute un lien entre la qualité des relations du travail et la façon dont sont appliquées les conventions et plus particulièrement les dispositions relatives à l'allocation des ressources humaines. Il est plus difficile cependant de qualifier le sens de cette relation.

On peut toujours penser *in abstracto* qu'une "mauvaise" application de la convention peut contribuer à détériorer le climat des relations du travail, engendrant alors des relations tendues, des ruptures dans le dialogue entre les parties, un accroissement systématique du nombre des griefs et à la limite des manifestations plus hostiles, telles que ralentissements de travail, voire, à la limite, grèves illégales pendant la durée de la convention.

Réciproquement, on peut également penser qu'un bon climat au niveau des relations entre les parties, se manifestant par une bonne communication entre les représentants patronaux et syndicaux, un bon fonctionnement des organes paritaires de consultation ou de co-décision, une volonté de régler les problèmes au jour le jour, pourra faciliter l'application des conventions collectives.

Il sera intéressant de voir quelle est la perception des acteurs sociaux eu égard à ces rapports aussi bien au niveau de l'administration de la convention collective qu'à celui du contrôle de son application par la procédure de règlement des griefs.

B-La méthodologie

Nous faisons état ici que des indications à caractère méthodologique utiles à la compréhension du présent rapport et portant successivement sur le choix de l'instrument de cueillette des données, sur le choix des informateurs, sur la cueillette des données proprement dite et sur le plan d'analyse de ces données.

1- Le choix de l'instrument de cueillette des données

A cet égard, il aurait évidemment été intéressant de procéder par questionnaire ou entrevue administrés à un échantillon représentatif des administrateurs d'établissements et du personnel de ces établissements ou encore au moyen de monographies dans un ensemble d'établissements sélectionnés.

Deux séries de raisons ont milité en faveur du choix de la technique de l'entrevue semi-dirigée: d'abord, et au premier chef, le caractère descriptif de la présente recherche, ensuite la taille de l'échantillon.

En effet, ainsi que cela a été évoqué plus haut, l'état actuel des connaissances dans ce domaine et le caractère original des objectifs de cette recherche n'autorisaient pas le recours à un instrument tel que le questionnaire normalisé, davantage adapté à une recherche de vérification ou réplicative. De plus, comme les limites de temps et de coûts excluaient la constitution d'un échantillon important d'établissements de toutes catégories, il est apparu de beaucoup préférable de recourir alors à la technique de l'entrevue afin de gagner davantage en profondeur que ne l'aurait permis un questionnaire standard.

Le schéma d'entrevue[5] a été construit en vue d'opérationnaliser les quatre dimensions définies dans le cadre de référence et en tenant compte également d'une analyse des clauses pertinentes des conventions collectives[6], et en y intégrant certaines préoccupations relatives aux rapports entre les conventions collectives, d'une part et la gestion des ressources humaines et les relations du travail dans les établissements, d'autre part.

Ce schéma fut d'abord testé à l'occasion de sept entrevues conduites auprès de gestionnaires et de représentants syndicaux, pour être ensuite étendu à l'ensemble des informateurs. Comme il s'est avéré que les données recueillies lors des pré-tests convergeaient largement avec celles qui ont été recuillies par la suite, il a été décidé de les intégrer à l'ensemble des données.

2- Le choix des informateurs

L'entrevue a été administrée à des informateurs se situant à deux niveaux différents du processus, soit celui de l'élaboration des conventions collectives, c'est-à-dire le niveau national, et celui de leur administration ou de leur application, c'est-à-dire le niveau local. En effet, s'agissant d'abord et avant tout de questions relatives à l'application des conventions, il s'imposait d'interviewer des personnes qui sont impliquées quotidiennement dans ce processus au niveau des établissements eux-mêmes.

Par ailleurs, comme les conventions sont élaborées pour une large part au niveau national et, compte tenu également du fait que les entrevues au niveau local ne pouvaient être administrées que dans un nombre limité d'établissements, il convenait d'interviewer des représentants des parties au niveau national afin d'obtenir leur point de vue également mais aussi dans le but de vérifier dans la mesure du possible si les observations effectuées dans certains établissements peuvent être généralisées à des ensembles plus vastes ou bien si elles ne doivent être considérées comme valides que pour les catégories d'établissements visités.

Il y a donc lieu d'expliciter maintenant comment s'est fait le choix des établissements et des informateurs.

LE CHOIX DES ETABLISSEMENTS

La question du choix des établissements dans lesquels seront conduites les entrevues pose des problèmes particuliers notamment du point de vue de la généralisation des résultats obtenus en raison précisément du caractère très hétérogène de l'univers. En effet, compte tenu des délais très courts dans lesquels devait être faite cette recherche, nous avions, à l'origine, retenu la solution suivante: devant l'impossibilité d'avoir un échantillon vraiment représentatif de l'ensemble du réseau de la santé et des affaires sociales, ce qui aurait nécessité un nombre trop important d'entrevues, nous effectuerions une sélection d'établissements à raison de deux établissements pour chacune des catégories d'établissements suivants, en tentant de les choisir de façon telle qu'il y ait des établissements de diverses tailles, des grandes villes (Québec et Montréal) comme de la province et que toutes les allégeances syndicales y soient représentées: C.H. courte durée, C.H. longue durée, C.H. psychiatrique, C.A. hébergement, C.A. réadaptation, CLSC,

---

[5] Reproduit en annexe A aux présentes.

[6] Voir rapport du volet I: L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux, étude réalisée pour la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Québec, mars 1987.

CSS. Il ne s'agissait évidemment pas d'un échantillon représentatif de l'univers, statistiquement parlant, mais d'une sélection dans laquelle chaque catégorie d'établissements aurait été représentée.

Il s'est avéré, notamment à cause du caractère très hétérogène de l'univers, que cette façon de faire comportait bien plus d'inconvénients que d'avantages et risquait de limiter de façon importante la portée de l'étude à un point tel qu'il nous soit, à toutes fins utiles, impossible de tirer des conclusions valables non seulement pour une catégorie particulière d'établissements mais même pour l'ensemble. En effet, compte tenu du caractère très particulier de chaque établissement (qu'on pense, par exemple, à la très grande diversité des CLSC les uns par rapport aux autres), il est bien évident que les résultats d'entrevues conduites dans deux établissements seulement par catégorie (deux CA, deux CSS, deux CH psychiatriques) ne sauraient autoriser des conclusions valides pour l'ensemble des établissements de cette catégorie. A la limite, il est même facile d'imaginer qu'au moment précis du choix des deux seuls établissements d'une catégorie donnée, il y aurait eu un risque très grand de biaiser, consciemment ou non, toute l'étude. Par exemple, le fait de choisir un CLSC plutôt qu'un autre aurait pu conduire à des résultats sensiblement différents.

Si cette méthode ne permet donc pas de tirer des résultats valables pour aucune catégorie, elle ne permettrait pas de le faire davantage pour l'ensemble des établissements sans distinction de catégorie. En effet, avec deux établissements seulement par catégorie, non seulement le nombre total d'établissements dans la sélection est-il insuffisant pour être représentatif de l'ensemble (cela, nous le savions déjà), mais il y a plus. S'agissant de conventions collectives liant non seulement la direction des établissements mais déterminant les conditions de travail de dizaines de milliers de personnes, la sélection de deux établissements par catégorie aurait conduit à une nette sous-représentation des établissements où se retrouve l'immense majorité des ressources humaines, nommément les CH, et réciproquement à une sur- représentation, bien relative tout de même, des autres catégories (CA, CLSC et CSS).

Pour pallier cette difficulté, nous avons préféré utiliser une méthode qui tienne compte de ce problème de représentativité, susceptible de remettre en cause toute la validité des résultats, même s'il fallait pour cela réduire le champ couvert et accroître l'homogénéité de la population considérée. Compte tenu du fait que la grande partie du personnel se retrouve dans les CH, compte tenu, également, du fait que les structures de négociation sont semblables, sinon communes, à toutes les catégories, quand ce ne sont pas les conventions collectives elles-mêmes qui sont identiques (pensons à celles conclues par COPS (Cartel des organismes professionnels de la santé)), nous avons préféré conduire les entrevues uniquement dans des CH (soins de courte durée, soins prolongés et soins psychiatriques) choisis dans les régions urbaines de Montréal et de Québec.

Le nombre d'établissements est demeuré le même que celui qui avait été retenu à l'origine, soit quatorze (14) répartis de la manière suivante: huit (8) à Montréal et six (6) à Québec, selon ce que le temps et les ressources financières permettaient. Le choix des établissements a également été fait de manière à s'assurer que la sélection comprendrait des CH de diverses tailles, de diverses catégories (soins de courte durée, soins de longue durée et soins psychiatriques) et des deux principaux groupres linguistiques (francophone et anglophone) et qu'elle tiendrait compte de la pluralité des organisations syndicales accréditées pour représenter les personnels, soit, chez les infirmières: la FSPIIQ, la FQII, la FIIU et la CSN; et chez les autres catégories de personnels le COPS, la CSN et la FTQ.

Sans qu'on puisse encore une fois parler d'un échantillon aléatoire dont on pourrait mesurer avec précision le degré de représentativité, il demeure que ces deux

concentrations d'établissements de même catégorie permettent davantage de tirer des conclusions avec quelque degré de fiablibilté pour les CH des régions urbaines de Québec et de Montréal.

Cette méthode nous permet au moins d'avoir des observations plus fiables eu égard aux CH, où se retrouve l'immense majorité de la main-d'oeuvre. Il nous semble que cela vaut beaucoup mieux que la méthode que nous avions suggérée à l'origine et selon laquelle on risquait de ne pouvoir rien conclure de fiable ni pour une catégorie ni pour l'ensemble.

LE CHOIX DES INFORMATEURS DANS LES ETABLISSEMENTS

Au delà du problème de la sélection des établissements discuté ci-haut, se pose la question du choix des informateurs dans chaque établissement aussi bien du côté patronal que syndical. S'agissant d'informateurs-clés et se référant aux qualités que devrait normalement avoir un bon informateur, à savoir la connaissance du sujet, l'objectivité et la finesse de l'analyse, il apparaît que bien peu de personnes peuvent réunir à la fois toutes ces qualités compte tenu de la fonction qu'elles occupent au sein de l'organisation. Si, dans un petit établissement, un même informateur rencontre peut-être toutes ces exigences, il en va autrement dans un établissement de grande taille.

En raison précisément de la complémentarité des informations susceptibles d'être apportées par les uns et les autres, nous avons choisi quatre informateurs par établissement, soit deux du côté patronal et deux du côté syndical, ce qui fait donc un total de cinquante-six (56) entrevues au niveau des établissements.

Du côté patronal, l'entrevue a été conduite, sur une base individuelle, auprès de deux personnes, dont les informations et les analyses sont susceptibles de se compléter, soit le directeur ou la directrice du personnel (ou des relations du travail ou des ressources humaines, selon le cas) et le directeur ou la directrice des soins infirmiers. Nous faisions alors l'hypothèse que ce dernier était le plus susceptible d'avoir une vision précise de la situation et des problèmes au niveau de la ligne de production des soins alors que le premier aurait vraisemblement la meilleure information eu égard aux politiques de l'établissement en matière d'application des conventions collectives et de recours à l'arbitrage, le cas échéant.

Du côté syndical, en raison de la pluralité des unités d'accréditation et de la diversité des groupes professionnels représentés, le choix des interlocuteurs présentait des difficultés particulières que nous avons résolues de la façon suivante. Nous avons rencontré, dans chaque établissement, un représentant ou un représentante du groupe de professionnels le plus important, soit les infirmières et infirmiers qu'il soit affilié à la FSPIIQ, la FQII, la FIIU ou à la CSN et un représentant des autres groupes. Pour les autres catégories de personnel, c'est-à-dire surtout chez les non-professionnels, nous avons cherché à rencontrer un représentant du syndicat le plus important, affilié à la CSN ou la FTQ, ou parfois chez les professionnels, faisant partie du COPS, parmi ceux qui regroupent des personnes susceptibles d'être en contact avec les patients (v.g. préposés aux bénéficiaires) de préférence aux autres catégories professionnelles (v.g. employés de bureau, personnel des cuisines ou entretien ménager) bien qu'il arrive souvent que les uns et les autres soient représentés par les mêmes syndicats.

LE CHOIX DES INFORMATEURS AU NIVEAU NATIONAL

Les entrevues au niveau des établissements ayant été conduites dans un cadre relativement homogène aussi bien au plan géographique qu'à celui de leur taille,

c'est-à-dire dans des CH de taille moyenne ou grande dans les agglomérations urbaines de Québec et de Montréal, il devenait intéressant de poursuivre une série d'entrevues, en faisant les adaptations nécessaires, avec des représentants des organisations de niveau national afin de tenter de vérifier, dans la mesure du possible, si les observations effectuées au niveau local peuvent être généralisées à des ensembles plus vastes (établissements de plus petites tailles ou situés dans des régions semi-urbaines ou éloignées) ou bien si elles ne doivent être considérées comme valides que pour les catégories d'établissements visités.

Il s'agissait alors de vérifier si les faits et les tendances observés dans les CH valent, de l'avis de ces informateurs-clés au niveau national, pour l'ensemble des établissements qui leur sont affiliés ou dont ils représentent les salariés.

A cette fin, nous avons rencontré des représentants de l'AHQ, de la FAS (CSN), du SCFP (FTQ), de la FSPIIQ, de la FQII et de la FIIU en essayant, chaque fois que cela était possible, d'interviewer des "politiques" et des "conseillers techniques" ou des "permanents". Nous n'avons pas rencontré de représentants de l'Union des employés de services, local 298, (FTQ), ce syndicat étant davantage présent dans des types d'établissement autres que les CH, par exemple dans des Centres d'accueil.[7] Toutefois, en raison de l'importance numérique et stratégique des infirmières-iers dans le processus de production et de dispensation des soins, nous avons également rencontré des représentantes de leur corporation professionnelle. Sans doute aurait-il été utile d'interviewer des représentants d'autres associations syndicales ou professionnelles, mais ni le temps ni le moyens financiers ne le permettaient.

3- La cueillette des données

Les entrevues au niveau des établissements ont été réalisées du 28 novembre au 26 janvier. Cinquante-quatre (54) des cinquante-six (56) personnes répondant aux critères de sélection ci-haut définis ont pu être interviewées[8]. Chaque entrevue, d'une durée d'environ deux heures, a été enregistrée sur ruban magnétique.

Au niveau national, les entrevues, d'une durée moyenne de deux heures également, ont été conduites entre le 10 février et et le 17 mars et ont permis de rencontrer dis-huit (18) personnes appartenant à sept (7) organisations différentes, soit la FSPIIQ, la FIIU, la FQII, la FAS (CSN), le SCFP (FTQ), l'AHQ et l'OIIQ.

4- Le plan d'analyse des données

Les données recueillies au cours de ces entrevues représentent un matériel qualitatif considérable comportant à la fois des informations factuelles (v.g. la description de certaines pratiques), des perceptions plus subjectives de certains phénomènes (v.g. l'appréciation de l'efficacité d'une méthode administrative ou d'une clause de convention collective) ou encore des analyses ou des interprétations de certains types de situation (v.g. les raisons pour lesquelles il y aurait pénurie de personnel dans certaines catégories d'emploi ou bien les rapports qui peuvent exister entre le climat des relations du travail dans un établissement et l'application des conventions collectives).

---

[7] On trouvera, en Annexe C, un tableau faisant état de la distribution des salariés par centrale syndicale et par catégorie professionnelle.

[8] Un directeur de personnel de la région de Québec n'a jamais retourné nos appels et un représentant syndical de la région de Montréal a été empêché de participer à l'entrevue en raison de la tempête de neige du 23 janvier.

Il eut été intéressant de chercher à présenter les résultats en fonction de plusieurs variables telles que le type d'établissement (Centres hospitaliers, Centres d'accueil, Centres locaux de services communautaires, Centres des services sociaux), la taille des établissements (grands, moyens et petits), leur situation géographique (milieu urbain, semi urbain et éloigné), leur situation linguistique (francophones et anglophones), l'affiliation syndicale des diverses catégories de personnel et le statut des répondants (gestionnaire ou représentant syndical).

La réalisation d'une telle analyse aurait nécessité la cueillette de données auprès d'un nombre important d'établissements de toutes les catégories afin d'avoir une représentativité suffisante pour permettre de tirer des conclusions valides et fiables en fonction de chacune de ces variables. Cette approche se situant en dehors des limites de temps et de coût de cette recherche, le nombre d'établissements visités a dû être forcément limité.

En conséquence, nous avons retenu deux variables en fonction desquelles les résultats peuvent être présentés, soit le statut des répondants (gestionnaire ou représentant syndical) et la situation géographique (Montréal et Québec) chaque fois qu'il paraîtra significatif de le faire.

A partir du matériel recueilli, il est apparu intéressant de procéder en deux étapes complémentaires que nous appellerons respectivement la présentation des résultats et l'analyse et l'interprétation.

C-LA PRESENTATION DES RESULTATS

Dans un premier temps, nous avons cru opportun de décrire, le plus rigoureusement possible, les phénomènes observés à partir, évidement, de la perception qu'en ont nos informateurs, et ce, à deux niveaux différents correspondant à chacune des deux premières dimensions de la question de recherche soit les pratiques effectives, d'une part, et l'écart entre le texte et la pratique, d'autre part.

a- les pratiques effectives

Nous abordons d'abord la question des pratiques effectives en matière d'allocation des ressources humaines pour les décrire sans égard aux dispositions pertinentes des conventions collectives et en suivant l'ordre des grands thèmes abordés dans l'entrevue soit: l'affectation du personnel, la mobilité interne et la sécurité d'emploi en tenant compte, à chaque fois que cela est pertinent, de ces deux dimensions qui les traversent tous, à savoir l'ancienneté et les règles de procédure. Après avoir décrit ces pratiques effectives, nous examinons les difficultés qu'elles posent dans leur application concrète en distinguant, chaque fois que cela est opportun, entre les perceptions des gestionnaires et celles des représentants syndicaux ou entre les régions de Québec et de Montréal. Enfin, nous faisons état de la perception qu'ont nos interlocuteurs de l'efficacité de ces pratiques eu égard à une bonne allocation des ressources humaines.

b- l'écart entre la convention et la pratique

Sont examinés ici uniquement les thèmes pour lesquels un écart fut observé entre la convention collective et la pratique. Après avoir identifié chacun d'entre eux et tenté d'apprécier l'ampleur du phénomène, il deviendra intéressant de chercher les causes de ces situations, aussi bien à partir de la perception des informateurs que des observations des chercheurs, ainsi que leurs conséquences sur la gestion des ressources humaines et sur les relations du travail.

D-L'ANALYSE ET L'INTERPRETATION

Après cette première présentation à caractère descriptif, nous passerons à cette deuxième étape dans l'espoir qu'elle permette d'élargir l'interprétation dans une double perspective, soit: l'adaptabilité du système à l'intérieur d'un ensemble de contraintes et les rapports entre l'application des conventions collectives et le climat des relations du travail.

a- les contraintes et la flexibilité

C'est ici que sera étudiée la question du degré de contraintes relatif que constituent les conventions collectives en regard de la flexibilité qu'elles autorisent en vue d'une bonne allocation des ressources humaines.

Il s'agira de tenter de découvrir les rapports possibles entre le niveau de contrainte imposé par la convention et la flexibilité que permet le système d'allocation des ressources. Il s'agit en somme de l'adaptabilité du système global face à l'ensemble des contraintes que constitue la convention collective pour le gestionnaire. Réciproquement, il sera intéressant de voir la réaction et l'attitude des syndicats face à ces questions d'adaptabilité.

b- le climat des relations du travail

Cette deuxième voie réfère à la question de savoir s'il y a un rapport entre l'application des clauses des conventions pertinentes à l'allocation des ressources humaines et le climat des relations du travail. On peut en effet faire l'hypothèse qu'il pourrait y avoir un rapport entre ces deux situations sans avoir pour autant des raisons de croire qu'il s'agit d'une relation de concomitance ou de causalité ni, le cas échéant, de connaître le sens de la relation.

A cet égard, on peut fort bien imaginer qu'une "mauvaise" administration d'une convention collective dans les matières relatives à l'allocation des ressources humaines contribue à détériorer le climat des relations du travail. Réciproquement, il est raisonnable de croire qu'une bonne qualité de relations entre les parties puisse faciliter l'administration de la convention et la solution des problèmes que peut soulever, au passage, son application dans un double contexte de flexibilité de système et de contraintes imposées par la convention ou par l'extérieur. Dans cette section, la question est analysée aussi bien au niveau de l'administration de la convention collective qu'à celui du contrôle de son application.

En conclusion, nous essayerons de dégager les conséquences qui peuvent résulter des contraintes conventionnelles et autres sur certains aspects de l'allocation des ressources humaines dans les établissements.

PARTIE I

La présentation des résultats

CHAPITRE III

LES PRATIQUES EFFECTIVES

Ce chapitre, essentiellement descriptif, est consacré à la présentation des pratiques existantes en matière d'allocation des ressources humaines notamment les mécanismes applicables pour l'affectation du personnel, la mobilité interne et la sécurité d'emploi.

Cette description des pratiques repose sur les renseignements recueillis lors des entrevues conduites dans les établissements et auprès des représentants des associations patronale et syndicales au niveau national.

Chacun des mécanismes d'allocation des ressources fait l'objet d'une présentation en trois points:

a) la description de la pratique, sans égard aux dispositions de la convention collective en la matière;

b) les difficultés rencontrées lors de la mise en oeuvre de cette pratique;

c) la perception que se font les acteurs sociaux de l'efficacité de cette partique eu égard à ce qu'ils considèrent comme une bonne allocation des ressources humaines.

L'AFFECTATION DU PERSONNEL

Pour des raisons de commodité, nous avons regroupé sous ce titre les questions relatives à l'application des clauses suivantes: la classification des emplois, les horaires de travail et le remplacement en cas d'absences temporaires du personnel, c'est-à-dire les clauses pertinentes aux ressources humaines dont l'incidence est pratiquement directe, et sur une base presque quotidienne, sur les conditions d'exécution du travail.

Chacune d'elle donne lieu à des pratiques qui lui sont propres et soulève des difficultés particulières au moment de leur application; c'est ce qui sera décrit ici.

A- La classification des emplois

Héritée soit de la tradition du professionnalisme pour les emplois plus spécialisés, soit de la syndicalisation pour les tâches moins complexes, la classification des emplois dans le secteur hospitalier donne lieu à un nombre considérable de titres d'emploi, le plus souvent cloisonnés les uns par rapport aux autres, en ce sens qu'un salarié détenteur d'un titre d'emploi ne peut effectuer les tâches pertinentes à un autre titre d'emploi.

a) Le nombre de titres d'emplois varie d'un hôpital à l'autre mais l'on s'entend généralement pour dire qu'il se situe entre cinquante (50) et cent (100), un nombre variant selon la taille et la vocation de l'établissement. Plusieurs de ces titres d'emplois sont définis par le Code des professions du Québec qui régit trente-huit (38) corporations professionnelles. Vingt (20) de celles-ci oeuvrent dans le secteur de la santé: douze (12) y détiennent un monopole d'exercice[1] et huit (8) un titre réservé[2].

D'autres titres d'emplois sont par ailleurs prévus aux conventions collectives, notamment ceux concernant le personnel de soutien. Ils ont été introduits par les conventions collectives au fil des ans et si leur nombre a varié, il semble que ce fut surtout dans le sens d'un accroissement.

b) Du point de vue de l'efficacité de cette méthode de structuration des emplois, c'est-à-dire un grand nombre de titres d'emploi cloisonnés, les perceptions divergent selon l'une ou l'autre des parties. Du côté patronal, on se dit plutôt d'avis, que le cloisonnement à outrance des postes des employés de soutien fige le système. A cet effet, plusieurs gestionnaires trouvent inadmissibles qu'il existe autant de titres d'emplois pour cette catégorie de personnel. Chacune des classifications introduit une répartition de tâches différentes et il devient quasi impossible de réaffecter temporairement un syndiqué à un autre poste. Un décloisonnement des champs d'activités leur semble souhaitable pour une meilleure efficacité et rentabilité des services sans compter qu'il donnerait ouverture à un enrichissement et à une diversification des tâches dans un même titre et qu'il permettrait sans doute une meilleure motivation et un plus grand intéressement du personnel.

Le témoignage suivant est éloquent:

---

[1] Les corporations professionnelles détenant un exercice exclusif dans le secteur de la santé sont: les audioprothésistes, les chiropraticiens, les dentistes, les denturologistes, les infirmières et infirmiers, les médecins, les médecins vétérinaires, les opticiens d'ordonnances, les optométristes, les pharmaciens, les podiatres et les techniciens en radiologie.

[2] Les corporations professionnelles qui détiennent un titre réservé dans le secteur de la santé sont: les diététistes, les ergothérapeutes, les hygiénistes dentaires, les infirmières et infirmiers auxiliaires, les orthophonistes et audiologistes, les physiothérapeutes, les techniciens dentaires et les technologistes médicaux.

"La plupart des employés de l'entretien ménager classés dans la catégorie "travaux lourds" n'acceptent pas d'apporter une aide à ceux de la catégorie "travaux légers" lorsque cela s'avère nécessaire. Nous devons alors faire appel à la liste de disponibilité. C'est aberrant!" (directeur du personnel)

Concernant les professionnels de la santé, la majorité des répondants admettent que le cloisonnement des champs d'activités demeure un moyen nécessaire pour assurer la protection du public, particulièrement lorsque le professionnel bénéficie d'une large autonomie d'exercice.

Cependant plusieurs d'entre eux insistent pour dire que le mécanisme de la délégation des actes dont l'objectif était une meilleure articulation de l'activité des professionnels, n'a pour ainsi dire pas apporté de flexibilité dans la division des tâches.

Du côté syndical, la position peut se résumer ainsi: l'expansion des classifications a probablement rendu la division des tâches plus rigide et étroite, mais ce mécanisme d'allocation des ressources humaines semble davantage satisfaire les syndiqués.

Enfin, tous conviennent que les clauses relatives à la classification des emplois sont largement respectées.

B- Les horaires de travail

Les pratiques en matière d'horaires de travail soulèvent quatre questions principales: celle de la liberté de choix de son horaire par le salarié; celle de la détermination du type d'horaire: à quarts de travail fixes ou rotatifs; celle de la fragmentation des horaires et celle du travail en heures supplémentaires.

1- Le choix de l'horaire

a) Le salarié permanent ne peut choisir directement son horaire. Celui-ci est rattaché à un poste. Pour obtenir l'horaire désiré, le salarié doit obtenir un poste comportant un tel horaire. L'obtention du poste étant liée à l'ancienneté et à certaines exigences, les possibilités pour le salarié de choisir son horaire s'accroissent donc à mesure que son ancienneté augmente. On verra plus loin que cette caractéristique aura des répercussions sur la difficulté de trouver du personnel sur certains quarts de travail.

Il y a cependant lieu de faire brièvement état ici d'une variante particulière à certaines unités de soins en matière d'horaires de travail: c'est le service de garde.

Ce service peut exister dans les unités de salles d'opération, de salles de réveil et dans certains laboratoires afin de répondre aux urgences de nuit et les fins de semaine. Tous les salariés des unités de soins ou des laboratoires visés y sont assignés à tour de rôle.

Le service de garde n'est pas utilisé pour éviter de créer des postes car le volume des activités qu'il couvre est insuffisant. Lorsqu'une unité a un fort volume d'activités justifiant la présence continue d'un salarié, l'employeur y affecte un salarié de la liste de disponibilité ou crée un poste.

b) Pour ce qui est du lien entre l'horaire et le poste, les deux parties s'entendent pour dire que cette façon de faire limite les possibilités de changement d'horaire

pour de courtes durées bien que cela puisse se faire, malgré tout, si deux salariés s'entendent entre eux à cette fin.

Par ailleurs, la gestion du service de garde ne pose aucun problème aux employeurs. Les salariés, pour leur part, savent d'avance lorsqu'ils soumettent leur candidature à un poste qu'ils auront à assurer la garde. Ils font souvent des arrangements entre eux, avec l'accord de l'employeur, pour se répartir des heures de garde selon leurs préférences et leurs besoins .

2- Les types d'horaires

La détermination du type d'horaire, selon un régime de quarts de travail fixes ou rotatifs, constitue une question importante qui a des répercussions non négligeables sur l'affectation du personnel. Bien qu'aucune des deux formules pratiquées ne fasse l'unanimité, l'une et l'autre comportent des avantages et des inconvénients différents. Néanmoins, aussi bien du côté des gestionnaires que du côté des syndicats locaux, on semble préférer à "l'autre" le type d'horaire qu'on a effectivement adopté. Voyons de plus près de quoi il en retourne.

a) Ces deux grands types d'horaires sont: l'horaire comportant des quarts de travail fixes, c'est-à-dire, un horaire en vertu duquel le salarié qui occupe un poste dit de jour, de soir ou de nuit, travaille toujours sur le même quart de travail, et celui comportant des quarts de travail rotatifs, c'est-à-dire en vertu duquel le salarié est appelé par un système de roulement à changer périodiquement de quart de travail. Bien que le texte des conventions collectives ne soit pas toujours très clair sur cette question, il apparaît qu'il laisse place aux deux types de pratique.

La majorité des hôpitaux visités ont adopté les quarts de travail fixes comme base d'organisation du travail. Dans ces hôpitaux, il existe tout de même un certain nombre de postes qui prévoient que le salarié peut être appelé à l'occasion à changer de quart de travail. Cette option est surtout utilisée afin de permettre aux employés de nuit ou de soir de venir sur le quart de jour pour assurer le maintien de leurs connaissances à jour.

Dans les hôpitaux qui préfèrent recourir aux quarts de travail rotatifs, ceux-ci s'appliquent dans les services fonctionnant aussi bien sur deux (2) que sur trois (3) quarts de travail.

b) Pour les employeurs qui ont recours aux quarts de travail fixes, ceux-ci offrent une meilleure efficacité car ils entraîneraient moins de fatigue pour les employés que les quarts de rotation et ils assureraient une plus grande homogénéité des équipes de travail. Pour leur part, les représentants syndicaux tiennent à conserver les horaires fixes qui permettent aux employés d'améliorer leur sort avec les années. Les deux parties s'entendent toutefois sur les problèmes que les horaires fixes occasionnent aux salariés de nuit. Ces problèmes seraient de deux ordres: des problèmes de santé et des problèmes liés au caractère atypique du travail de nuit.

Pour ce qui est des problèmes de santé allégués, on fait valoir que même si pour la plupart des salariés ce type d'horaire est moins fatiguant que le travail en rotation, il n'en va pas de même pour ceux qui ont à travailler constamment sur le quart de nuit. En effet, pour cette catégorie de salariés, la fatigue deviendrait, à long terme, un problème plus important, selon nos interlocuteurs.

Egalement, le caractère atypique du travail de nuit engendre d'autres problèmes aussi bien au niveau des relations sociales qu'à celui du progrès dans la carrière.

La constance dans le travail de nuit finit par créer de l'insatisfaction résultant des problèmes de relations sociales avec l'entourage du salarié concerné étant donné que l'ensemble de la vie familiale ou sociale est organisée en fonction des gens qui travaillent de jour: problème de relations avec le conjoint ou la conjointe, problème d'organisation des loisirs, de garderie, etc.

De plus, au niveau même du travail et de l'avancement du salarié, les quarts de travail fixes engendrent un certain nombre de problèmes qui découlent du fait qu'en vertu de l'application du principe de l'ancienneté, ce sont les plus jeunes qui se retrouvent sur les postes de nuit. Il semble au surplus que dans les conditions actuelles, les moins anciens n'ont guère d'espoir d'accéder à un poste de soir ou de jour avant huit (8) à douze (12) ans. Certains salariés se découragent d'avoir à supporter les inconvénients du travail de nuit pendant si longtemps et quittent ce secteur d'activité pour soit tenter de se recycler, soit travailler dans une autre activité. Les quarts de travail fixes pourraient avoir ainsi un effet sur le roulement du personnel.

Bien plus, les possibilités d'avancement seraient non seulememt plus lentes mais aussi plus incertaines pour les salariés de nuit étant donné qu'ils auraient moins accès à la formation en cours d'emploi qui se donne de préférence le jour. On fait également état du stress plus grand pour les employés de nuit résultant du fait qu'ils ont moins d'encadrement que les salariés de jour et qu'ils doivent souvent faire face seuls aux cas difficiles survenant la nuit.

Pour leur part, les employeurs qui ont recours aux horaires par roulement croient également qu'ils sont plus efficaces que les quarts de travail stables. De l'avis des gestionnaires des établissements qui le pratiquent, ce type d'horaire occasionne une moins grande fatigue à long terme chez les employés. Les jeunes infirmières pourraient avoir une meilleure formation par la rotation car c'est sur le quart de jour qu'elles auraient le plus de chance d'apprendre. Enfin, plusieurs directrices de soins infirmiers soulignent qu'elles sont rassurées d'avoir des infirmières d'expérience dans les unités de soins durant les quarts de nuit.

Finalement, les représentants syndicaux des salariés assujettis à ce système considèrent qu'il offre plus d'équité sociale: "c'est plus juste pour tout le monde", dit-on. Il s'en trouve cependant un certain nombre dans les secteurs à forte prédominance d'horaires par roulement, notamment chez les anglophones, à souhaiter la mise en place d'horaires fixes.

3- La tendance à la fragmentation des horaires

Il se développe depuis quelques années dans les hôpitaux une tendance, minoritaire mais croissante, à la fragmentation des horaires. Cette évolution se fait à travers les changements apportés dans la façon de définir les postes. Le cas le plus fréquent est la transformation d'un poste à temps complet en poste à temps partiel à l'occasion du départ d'un salarié.

a) Cette tendance à la fragmentation des horaires donne lieu à deux modèles comportant diverses modalités. Chez les infirmières de la région de Québec surtout, la transformation de postes à temps complet en postes à temps partiel prévoyant sept (7) jours de travail par période de quatorze (14) jours de calendrier, ce qu'on appelle parfois la formule 7/7, connaît une progression importante. Chez les préposés aux bénéficiaires et les aides de service, cette tendance se manifeste également par le développement du travail à temps partiel et dans une moindre mesure par la mise en place d'horaires de trois (3) heures de travail par jour et d'horaires brisés. Par horaire brisé, il

faut entendre une période de travail quotidienne divisée dans la plupart des cas en deux séances.

b) Pour les employeurs, rien ne les empêche de tranformer les horaires des postes lors du départ d'un salarié. Ils ne peuvent toutefois transformer les horaires des salariés actuellement détenteurs de postes s'ils ne parviennent pas à une entente locale en ce sens. A défaut, ils doivent alors procéder par abolition de poste et réouverture de nouveaux postes comportant les horaires qu'ils désirent.

Pour les employeurs, ces horaires leur permettraient une meilleure adéquation entre les services à offrir et le niveau de main-d'oeuvre affectée à chaque quart de travail. Ces pratiques nouvelles diminueraient les risques qu'il y ait de la main-d'oeuvre sous-utilisée durant quelques heures sur un quart de travail donné. Il y aurait également moins d'absentéisme.

Pour les salariés, la difficulté se situe surtout au niveau des nouveaux détenteurs de postes qui se voient offrir des horaires comportant moins d'heures de travail donc moins de revenus.

Une exception importante toutefois: du côté des infirmières, l'horaire 7/7 connaît un réel succès dans la région de Québec. Les raisons avancées pour expliquer cette popularité tiennent au fait que cet horaire est moins épuisant et mieux adapté aux besoins du personnel en dehors des heures de travail (double tâche des femmes, loisirs, etc).

4- Les heures supplémentaires

a) Les heures supplémentaires comme mode d'allocation des ressources humaines sont utilisées le moins fréquemment possible dans les établissements de santé, et ce, surtout depuis les coupures budgétaires. Certaines administrations vont à l'occasion refuser de remplacer un absent s'ils ne trouvent personne sur la liste de disponibilité plutôt que de faire effectuer des heures supplémentaires. Ce sont alors les autres employés qui vont se partager le surcroît de travail. D'autres hôpitaux vont y recourir à toutes les fois que la chef d'équipe juge nécessaire le remplacement.

Des heures supplémentaires seront accordées plus fréquemment pour les postes d'infirmières que pour les autres catégories d'emploi.

Les listes d'employés désireux d'effectuer des heures supplémentaires sont différentes des listes de disponibilité. Elles sont affichées à différentes périodes (selon les ententes locales ou la tradition dans l'établissement) afin que les salariés y inscrivent leurs disponibilités.

L'ordre d'appel au travail se fait à tour de rôle, soit par ordre d'inscription sur la liste, soit en commençant par le salarié le plus ancien, situation la plus fréquente, sauf si une entente locale prévoit une façon différente.

Le travail en surtemps est toujours facultatif.

b) La principale difficulté pour les salariés, tient, encore une fois, au droit de gérance total de l'employeur quant à la décision d'effectuer le remplacement ou pas. En cas de non recours aux heures supplémentaires, ce sont les employés sur place qui absorbent le surcroît de travail. Comme il sera expliqué plus loin, le recours au grief dit de

fardeau de tâches est de peu d'utilité aux salariés, en pratique, pour s'opposer à ce surcroît de travail.

Les salariés n'expriment qu'exceptionnellement des plaintes quant à l'administration de la procédure et au respect de l'ordre de priorité.

Généralement, l'employeur réussit assez facilement à combler ses besoins de remplacement en heures supplémentaires lorsqu'il juge à propos d'y recourir. Selon nos répondants, le supplément salarial résultant du taux applicable aux heures supplémentaires y contribue pour une part mais l'éthique professionnelle des employés des hôpitaux crée également une contrainte morale.

Les difficultés exprimées résident surtout dans l'impossibilité d'obliger quelqu'un à effectuer des heures supplémentaires. Les gestionnaires vont parfois exercer des pressions "morales" auprès de certains employés pour tenter de combler leurs besoins ou alors recourir, à l'occasion, aux agences de placement[3]. Dans certains cas, les employeurs préfèreraient pouvoir offrir aux employés déjà sur place les heures supplémentaires.

C- Les absences temporaires

Dans toute organisation, il arrive que des salariés s'absentent du travail pour des périodes plus ou moins longues, allant de quelques heures jusqu'à plusieurs mois, et pour des raisons aussi variées que la maladie, l'accident, la visite chez le dentiste, la fatigue, le perfectionnement, la grossesse et autres raisons personnelles. Evidemment, les difficultés posées à l'organisation vont varier grandement non seulement en fonction de la durée de l'absence et de la taille de l'entreprise, mais d'abord en fonction du caractère plus ou moins indispensable ou essentiel de la tâche accomplie par le salarié, de la plus ou moins grande nécessité de le remplacer et de la possibilité de trouver un remplaçant capable d'accomplir la tâche.

Dans le secteur de la santé, la question du remplacement des salariés temporairement absents revêt une grande importance et pose des problèmes particuliers. C'est même l'un des faits marquants qu'a permis d'observer la présente étude et auquel nous consacrerons une attention particulière lors de l'analyse et de l'interprétation des résultats. Si la technique du remplacement est simple dans son principe, c'est-à-dire l'utilisation d'une liste de rappel, il n'en va pas nécessairement de même de sa mise en oeuvre.

Qu'il suffise pour le moment de décrire les pratiques existantes en la matière et les difficultés qu'elles posent. La situation posée par les remplacements durant les vacances annuelles du personnel fera l'objet d'un examen particulier à la fin de la présente section.

1- Le remplacement des absents

Il ne faut surtout pas prendre pour acquis que les absents sont toujours remplacés ou encore remplacés pour la totalité de leur période d'absence. La première question qui se pose est donc celle de savoir si on va procéder ou non au remplacement.

---

[3] Cette question sera examinée de plus près dans la section consacrée à la sous-traitance au chapitre de la sécurité d'emploi.

a) A cet égard, il convient de distinguer entre ce qu'on reconnaît généralement comme des absences de courte durée et des absences de longue durée, c'est-à-dire s'étendant sur des périodes supérieures à trente (30) jours.

a- Les absences de courte durée

Chaque cas de remplacement est remis en question à moins que l'unité ou le département soit déjà au niveau de l'effectif minimum. Les établissements ont en effet établi des quotas d'employés jugés essentiels au fonctionnement d'une unité de soins et au dessous desquels les remplacements deviennent automatiques. Au-delà de ces quotas, les besoins de remplacement doivent se justifier par un niveau élevé de soins à donner, et ce, au jugement du chef d'équipe ou de l'infirmière-chef. Dans tous les cas, cette politique de remplacement des absents s'est particulièrement développée suite aux contraintes budgétaires imposées par l'Etat aux établissements de santé au début des années 1980.

b- Les absences de longue durée

Les remplacements se font généralement de manière plus fréquente lorsqu'il s'agit d'absences de longue durée. Cependant, dans ce cas-ci, certains employeurs cherchent à augmenter leur marge de manoeuvre budgétaire en ne remplaçant pas toujours du personnel à temps complet par des remplaçants à temps complet. A l'occasion, on couvrira seulement une partie de l'absence: si un salarié à temps plein (5 jours/semaine) est absent pour une longue période, l'employeur pourra le remplacer par une personne à temps partiel, mais sur une base régulière de trois (3) jours par semaine, se réservant la possibilité de combler ou non les autres journées selon la pratique établie pour les absences de courte durée.

En fait on applique ici au niveau de la semaine de travail la même technique de fragmentation des horaires que celle qui a été décrite précédemment dans la section portant sur les horaires.

b) Les parties patronales et syndicales reconnaissent que les hôpitaux font face depuis quelques années à des patients qui constituent des cas de plus en plus lourds et que dans les hôpitaux de soins de courte durée, les patients restent de moins en moins longtemps. Il y aurait alors de plus en plus d'actes à poser et des actes de plus en plus complexes alors que le personnel a été réduit. Pour certains établissements et pour la plupart des syndicats, il y aurait un manque de personnel sur les unités de soins.

La gestion minutieuse des remplacements dans un contexte "d'alourdissement des clientèles" aurait entraîné un surcroît de travail, dit-on.

Les salariés se déclarent fatigués, certains seraient épuisés suite aux "fardeaux" de tâches trop élevés. Le non remplacement des effectifs serait limité dans certains établissements au niveau des "services essentiels exigés en temps de grève".

Les employeurs reconnaissent que les employés ont moins de temps pour parler aux patients, que cette partie de l'humanisation des soins est rendue difficile dans le contexte actuel. La grande majorité des employeurs reconnaît que la tâche s'est alourdie, que le personnel a été pressuré notamment par l'effet du non-remplacement des absents, mais elle reconnaît également que cette politique était nécessaire pour équilibrer le budget de l'établissement.

Les salariés ont donc été fortement mis à contribution par les hôpitaux pour les aider à contenir et même à résorber leurs déficits budgétaires par l'augmentation importante du travail à effectuer.

2- La gestion de la liste de disponibilité

Lorsqu'on décide de procéder à un remplacement, on a d'abord recours à des salariés appartenant à ce qu'on appelle l'équipe volante. S'il n'est pas possible de couvrir tous les remplacements de cette manière, c'est alors qu'on utilise la liste de disponiblité, appelée parfois aussi liste de rappel.

i- l'équipe volante

a) L'équipe volante est constituée d'un groupe de salariés détenteurs de postes à temps complet ou à temps partiel qui ont une connaissance approfondie de plusieurs unités de soins pour faire face aux besoins de remplacements dans des situations d'urgence ou à l'accroissement momentané des besoins dans certaines unités.

La détermination de la taille des équipes volantes est laissée à la discrétion des employeurs. Elle a généralement eu tendance à diminuer au cours des dernières années. Les postes d'équipe volante ont également subi le phénomène de fragmentation constaté dans le cas des postes stables. Les nouveaux postes d'équipe volante sont en effet surtout des postes à temps partiel. Il demeure quelques rares établissements qui ont accru la taille de leur équipe volante afin de stabiliser leur personnel pour mieux faire face à la pénurie d'infirmières et aux problèmes découlant de la gestion des listes de disponibilité.

L'utilisation des équipes volantes est limitée aux unités de soins et elles sont surtout constituées d'infirmières. Les équipes volantes effectuent surtout des remplacements de courte durée sauf lorsque des ententes locales prévoient qu'il en sera autrement.

b) Les difficultés rencontrées avec les équipes volantes sont limitées pour les employeurs. Leur principale crainte est de se retrouver avec un salarié de l'équipe volante en surplus, ce qui est, en fait, assez rare.

Les difficultés rencontrées par les salariés, par contre, sont de deux ordres. Ils reprochent aux employeurs de ne pas constituer des équipes volantes suffisamment importantes pour répondre aux besoins. Les conséquences en seraient l'utilisation trop importante des listes de disponibilité d'où un roulement élevé du personnel dans les unités de soins entraînant une surcharge de travail pour les employés réguliers qui doivent intégrer les salariés de la liste de rappel. Par ailleurs, le travail sur l'équipe volante serait stressant et fatiguant. Les employés doivent constamment changer d'unité de soins, de patients et prendre connaissance de nombreux dossiers médicaux. Les salariés tiennent quand même à conserver les équipes volantes.

ii- les listes de disponibilité

a) Lorsqu'une absence temporaire n'a pas pu être comblée par un salarié de l'équipe volante, on a recours à la liste de disponibilité prévue à la convention collective et on appelle les salariés qui y sont inscrits.

Dans un premier temps, les salariés inscrivent leurs disponibilités sur une liste, selon l'horaire, les unités et les titres d'emploi désirés. Leur rang dans cette liste

est relié à leur ancienneté. Généralement, l'employeur s'efforce de respecter l'ancienneté dans l'ordre des appels au travail sauf évidemment lorsqu'il y a des ententes locales - formelles et informelles - prévoyant d'autres façons de faire en certains cas, ce qui sera examiné plus loin.

Le remplacement des absents se fait selon un certain dosage entre le critère d'ancienneté et d'autres exigences telles l'expérience et l'habileté à remplir la tâche.

En pratique, cela signifie que plus l'unité de soins est spécialisée (soins intensifs, urgence, unité coronarienne, salle d'opération), plus l'employeur sera porté à tenir compte de critères autres que l'ancienneté. Ces exigences sont généralement acceptées ou tolérées par les syndicats.

b) Les difficultés en matière de gestion de la liste de disponibilité sont peu fréquentes relativement à la somme des remplacements effectués et elles sont fonction de la longueur de cette liste. Moins un établissement a de salariés permanents et plus son équipe volante est petite, plus il a besoin d'une longue liste de disponibilité pour combler ses absences. Cette liste de disponibilité est d'autant plus longue et difficile à gérer que le personnel, surtout les préposés aux malades et les aides de service, peuvent s'inscrire à plus d'un titre d'emploi.

Plus les listes de disponibilité sont longues, plus les risques d'erreur et les coûts de système augmentent (temps nécessaire aux appels, paiement des erreurs et insatisfaction).

La gestion administrative de cette liste est complexe et les hôpitaux qui n'ont pas de système informatisé[4] pour les aider à la gérer rencontrent à l'occasion certaines difficultés. La plus fréquente est de ne pas appeler l'employé ayant le plus d'ancienneté pour effectuer le remplacement.

L'autre grande difficulté est celle où l'administration ne peut pas prouver qu'elle a bel et bien appelé un salarié et que celui-ci n'était pas chez lui au moment de l'appel. Donc, pour les besoins de la gestion de cette liste et les besoins de la preuve en cas de contestation, les employeurs doivent établir un système assez élaboré qui nécessite beaucoup de temps. Un administrateur exprimait ainsi ses difficultés:

> "La gestion des remplacements à l'intérieur d'un hôpital est suffisamment complexe pour faire faire des cauchemars à n'importe qui la nuit".

Ces problèmes semblent diminuer considérablement lorsque la gestion de la liste de disponibilité est informatisée.

La solution habituelle à ces problèmes réside, lorsque l'employeur a bel et bien commis une erreur, à payer au salarié lésé la journée de travail qu'il a perdue. En cas de doute sur la faute de l'employeur, ceux-ci sont portés à payer la journée au salarié car une contestation en arbitrage serait trop coûteuse. Lorsque l'employeur est sûr d'avoir raison, la réaction patronale se divise en deux. Certains, minoritaires, paieront la journée car c'est encore moins cher que d'aller en arbitrage, même avec l'assurance de gagner. La majorité refuse ce jeu et maintient le grief en arbitrage. Ils en font une question de principe

[4] Nous n'avons rencontré que deux établissements, sur les quatorze visités, où la liste de rappel était informatisée.

et de préservation de l'autorité patronale. Il faut dire que la majorité des syndicats abondonneront le grief s'ils constatent que le salarié se trompe. Ici, comme dans d'autres cas, le climat de travail est une des variables déterminantes. Si les parties entretiennent de bonnes relations et ont l'habitude de se parler, elles règleront le grief entre elles au mérite afin de préserver leur crédibilité respective.

L'autre grande difficulté reliée aux longues listes de disponibilité réside dans l'incertitude dans laquelle se retrouvent les hôpitaux dans une situation de pénurie de main-d'oeuvre, particulièrement observée au niveau infirmier.

Voici un cas critique décrit par une directrice des soins infirmiers et qui illustre une situation de plus en plus répandue:

> "Depuis quelque années, la région de Montréal connaît une rareté relative d'infirmières qui se tranforme, à l'été, en pénurie. J'ai des infirmières occasionnelles qui sont sur les listes de disponibilité de deux ou trois hôpitaux. Je me retrouve alors en situation d'insécurité quant à la présence de ces occasionnelles au quart de travail qui leur a été assigné.
>
> Supposons que j'offre à une infirmière un remplacement d'une durée de deux nuits. L'infirmière que j'appelle accepte. Elle reçoit alors un appel d'un autre hôpital qui lui offre un remplacement d'une semaine complète, de nuit également. Mon infirmière l'accepte et ne m'avertit pas nécessairement qu'elle ne pourra pas rentrer à la journée que je lui ai *cédulée*. Ce ne sont pas toutes les infirmières qui auront cette politesse. Mon infirmière peut refaire le coup au deuxième hôpital si un troisième lui offre un "contrat" de remplacement plus long ou mieux adapté aux besoins de celle-ci.
>
> Habituellement, cela signifie le choix du "contrat" offrant le plus long remplacement, d'où une garantie de revenus et plus de régularité dans la vie de travail et hors travail.
>
> Même si la convention me permet d'exclure cette infirmière de la liste de disponibilité de mon hôpital, je n'en ferai rien. J'en ai trop de besoin. Je la rappellerai en la "suppliant" s'il le faut de travailler chez nous."

Ce cas démontre que la principale contrainte de l'employeur dans ce cas-ci se situe du côté du marché du travail puisque, même si la convention collective lui ouvre certaines voies de sanctions, celles-ci sont inefficaces en situation de pénurie. Les employeurs trouvent exagérée cette flexibilité dont jouissent les salariés.

Cette flexibilité de la main-d'oeuvre pose également d'autres problèmes. Un de ceux-ci concerne le manque de continuité des soins auprès du bénéficiaire, un problème lié à l'utilisation des occasionnels. Un autre a trait à l'intégration des nouveaux employés. Ceux-ci suivent habituellement une période d'orientation et de formation lors de leur arrivée dans un nouvel établissement[5]. Or, celle-ci peut être donnée en pure perte lorsque le salarié formé quitte l'établissement pour aller travailler dans un autre.

---

[5] Voir infra la section consacrée à la formation.

Certains employeurs regrettent de se retrouver en situation de demandeur sur le marché du travail et suggèrent que les conventions contiennent des règles permettant d'obliger les occasionnels à se lier davantage aux établissements.

A titre d'exemple, certains employeurs souhaiteraient obtenir une clause comme celle existant dans la convention collective (1982-1985) de l'Union des employés de service, local 298 (FTQ), qui prévoit que les occasionnels embauchés après le 27 mars 1980 expriment une disponibilité adaptée aux besoins de l'établissement. (art. 1.07).

Ils n'ont pas attendu pour poser certains gestes visant à endiguer quelque peu ce mouvement. Bien qu'il ne nous ait pas été donné d'en voir, il existerait, semble-t-il, dans chacune des deux régions visitées, des listes "noires" des occasionnels "abusant" de cette situation.

Ces listes noires n'existeraient pas partout cependant. Il nous a été impossible d'en connaître l'ampleur ni le degré d'application réelle. En effet, il est possible que la simple rumeur puisse être, en cette matière, aussi désincitative auprès de certains salariés que l'existence même de ces listes. Des salariés en "ont entendus parler" ou, du moins, leurs dirigeants syndicaux.

Pour les salariés inscrits sur les listes de disponibilité, les principales difficultés seraient les suivantes, selon leurs représentants syndicaux. Outre les erreurs de l'employeur quant à la gestion de la liste de disponibilité, les salariés font face à l'absence de stabilité, à l'absence de garantie qu'ils vont travailler, aux horaires constamment changeants à l'intérieur d'une même semaine de travail et à toutes les conséquences que peut avoir cette insécurité sur leur vie hors travail.

Ils travaillent surtout aux heures où les autres sont moins intéressés à travailler, soit le soir, la nuit, les fins de semaine, les fêtes et en été ce qui a pour conséquence notamment que ces occasionnels ont souvent une vie sociale atypique eu égard à leurs conjoints, leurs enfants, leurs vacances. En somme, ils sont conduits à poursuivre certaines activités en dehors "des temps socialement normaux". Il faut également compter avec le stress occasionné par les fréquents changements d'unités de travail et de bénéficiaires auxquels ils doivent s'adapter et apprendre rapidement le dossier.

Pour les remplacements de longue durée, les employeurs essayent de respecter l'ancienneté sauf si cela doit entraîner des coûts de formation. En pareil cas, ils tenteront d'obtenir des salariés déjà habilités pour l'unité de soins où le remplacement est prévu. Et dans le cas où ces derniers ne seraient pas les plus anciens, il y aurait alors négociation cas par cas, avec le syndicat. S'il y a mésentente persistante, on aura recours à l'arbitrage, à moins qu'il ne s'agisse d'unités spécialisées où les syndicats acceptent plus facilement de passer outre au critère de l'ancienneté.

D'autres employeurs tentent plutôt d'assigner aux remplacements de longue durée des salariés moins anciens et non habilités lorsqu'ils jugent que l'investissement en formation en vaut la peine. Ils préfèrent ainsi augmenter leur bassin de salariés habilités.

Du point de vue de l'efficacité globale des clauses de convention en matière de remplacement, les conventions sont perçues comme utiles, bien qu'imparfaites, par la plupart des employeurs. La réflexion qui revient souvent est celle-ci: "comment ferait-on pour gérer les remplacements sans l'ancienneté?" Les deux parties reconnaissent que l'ancienneté réduit l'arbitraire des décisions, lequel aurait un mauvais impact sur le climat de travail.

Pour les employeurs, ce système est efficace dans la mesure où, occasionnellement, ils peuvent s'écarter du critère de l'ancienneté.

Les syndicats veulent limiter ces écarts de l'employeur par rapport au critère de l'ancienneté. Pour eux, il appartient à l'employeur de fournir, le cas échéant, la formation supplémentaire requise.

3- Les vacances annuelles et autres congés

En raison de leur régularité, de leur caractère prévisible et du nombre de personnes impliquées, les vacances annuelles et les autres périodes de congés prévues aux conventions collectives méritent une attention particulière. C'est l'objet de la présente section.

i) L'étalement des vacances d'été

a) Dans tous les cas, ce sont les employeurs qui déterminent comment se prendront les vacances et combien d'employés pourront partir en même temps dans chacune des unités de soins ou départements.

Depuis quelques années deux phénomènes se sont particulièrement développés: d'une part, on remarque une tendance à l'étalement de la période des vacances et, d'autre part, une pénurie de main-d'oeuvre, particulièrement chez les infirmières, et surtout durant les vacances estivales.

De façon générale, les hôpitaux ont systématiquement étalé la période des vacances depuis quelques années. Avant les années 1980, cette période des vacances d'été était beaucoup plus concentrée autour des mois de juillet et août. Depuis, elle est étalée sur l'ensemble de la période prévue aux conventions collectives, soit habituellement de mai à octobre.

En étalant les vacances, les besoins de remplacement sont diminués d'autant. Certains employeurs demandent aux employés de prendre leurs vacances les uns après les autres et ne les remplacent pas tous, ce qui permet des économies et, dans le cas des infirmières et des techniciens de laboratoire de la région de Montréal, de contrer quelque peu la pénurie de main-d'oeuvre. De plus, cette liaison des périodes de vacances permet aux employeurs d'offrir aux infirmières occasionnelles des "contrats" de remplacement plus longs, ce qui constitue un attrait non négligeable dans le cadre de cette pénurie. Les administrations peuvent ainsi retenir l'infirmière qui est liée par son contrat et éviter le "piratage" de celle-ci par un autre établissement. Dans la région de Québec, on observe une tendance à recourir aux finissantes des cégeps pour effectuer les remplacements des vacances d'été.

Pour les autres catégories de personnel, le problème de pénurie n'existe généralement pas, le marché du travail offrant amplement de personnel qui s'inscrit sur les listes de disponibilité. Mais là également, la nécessité pour les administrateurs d'économiser les conduit à étaler la période des vacances afin de limiter les remplacements.

Il demeure quand même une minorité d'établissements qui concentrent les vacances en juin, juillet et août afin de profiter des vacances d'été des étudiants qui constituent un bon réservoir de remplaçants.

b) Le choix des vacances

C'est l'employeur qui détermine la date des congés annuels en tenant compte de la préférence exprimée par les salariés. Cette préférence s'exprime à l'occasion de l'affichage du programme de vacances qu'a établi l'employeur. Ce programme indique la période sur laquelle les vacances sont étalées et combien de salariés par unité de soins partiront en vacances en même temps. Le choix des salariés se fait dans ce cadre et les priorités de choix se font habituellement par ancienneté, par unité de soins ou département et par catégorie d'emploi.

b) Les principales difficultés citées par les employeurs ne sont pas inhérentes à la convention collective. Elles sont surtout externes à l'hôpital.

Leur principal problème est encore une fois la pénurie d'infirmières qui est particulièrement ressentie à cette période de grand besoin de remplacements.

Ce problème est aggravé par ce que certaines administrations appellent le retour "prématuré" des étudiantes infirmières au cégep, retour qui s'effectue à la mi-août et qui contraint d'autant le marché des remplaçants pour l'été.

Ces situations ont pour effet de rendre l'employeur très dépendant de la liste de disponibilité, dépendance qu'ils tentent de diminuer par l'étalement et la liaison des périodes de vacances des salariés. Toutefois, cette solution occasionne un autre type de difficultés: celle d'un taux d'absentéisme plus élevé chez les employés qui ne bénéficient d'aucune vacance pendant les mois de juillet et d'août.

L'étalement de la période des vacances pose des difficultés aux salariés. L'obligation pour certains d'entre eux de prendre leurs vacances en dehors de la norme sociale, c'est-à-dire juillet et août, a pour effet de les marginaliser. Ceux qui ont moins d'ancienneté et qui ont un conjoint ou des enfants peuvent difficilement prendre leurs vacances ensemble. Les salariés se plaignent de devoir prendre leurs vacances alors que la période des belles températures est passée.

iii) Les vacances des fêtes

Lors des vacances de Noël et du Jour de l'An, les salariés, travaillant dans des unités où le travail s'effectue en continu (24 heures/jour), ont congé pour l'une ou l'autre des deux fêtes.

En vertu des politiques de gestion des établissements, les salariés ne peuvent généralement pas prendre d'autres types de congés au cours de cette période des fêtes. Ceci permet aux employeurs de limiter les besoins de remplacement.

iv) Les vacances d'hiver

Par vacances d'hiver, nous faisons référence à un phénomène de plus en plus important, celui du report de quelques semaines de vacances annuelles d'été à la saison d'hiver. En effet, de plus en plus de salariés se réservent une ou deux semaines de vacances pour l'hiver. Ce phénomène serait lié à l'effet combiné de plusieurs causes, notamment: l'étalement de la période des vacances d'été, à une modification des habitudes sociales et aux mauvaises températures au cours des derniers étés.

Etant donné que la politique d'étalement des vacances d'été conduit certains salariés à prendre leur congé en mai ou en octobre, plusieurs d'entre eux décident

de reporter une partie de ces vacances en hiver, soit pour pouvoir bénéficier des sports d'hiver, soit pour aller prendre le soleil dans le sud.

Ce que nous appelons ici la modification des habitudes sociales fait référence au développement à tous les niveaux scolaires de la "semaine de relâche" habituellement située vers la fin de février ou le début de mars. Les salariés qui ont des enfants d'âge scolaire tentent d'obtenir un congé durant cette période pour pouvoir prendre des vacances en famille. Mais ce n'est pas à dire pour autant que la période de congé désirée leur sera nécessairement accordée à cause notamment des quotas minima d'effectifs que les employeurs doivent respecter dans les unités.

Dès lors, la porte est ouverte à un rapport de force entre les salariés, pris individuellement, et l'employeur. Selon les conventions collectives (sauf celle du C.O.P.S. et celle de l'U.E.S. local 298 (F.T.Q.), les salariés peuvent demander un congé sans solde d'un mois sur simple avis de trente (30) jours à l'employeur. Ce dernier ne peut alors s'opposer aux dates choisies pour ce congé sans solde, exception faite des deux conventions mentionnées plus haut, en autant que ces dates ne se situent pas durant la période des vacances d'été et celles des fêtes. Certains salariés, plus à l'aise économiquement, vont utiliser ce droit au congé sans solde s'ils n'obtiennent pas la date désirée pour leurs vacances d'été.

Les employeurs, pour faire face à ce phénomène des vacances d'hiver, doivent maintenir à l'année longue des listes de disponibilité suffisantes pour remplacer les absents pour raison de vacances ou de congés sans solde.

LA MOBILITE INTERNE

Cette section examine comment se fait l'allocation des ressources humaines dans les établissements, non plus sur une base journalière comme dans la section précédente, mais plutôt dans une perspective à moyen ou à long terme. Les clauses qui affectent la mobilité interne du salarié se répartissent en deux grandes catégories. Il s'agit notamment des clauses qui régissent les mouvements de personnels ascendants, les promotions, ou horizontaux, les mutations. Et des clauses qui visent la formation de base des salariés ou encore celles qui ont pour but de leur permettre d'atteindre un certain degré de perfectionnement ou de polyvalence.

A- Les mouvements de personnel

Avant de débuter la description des propos recueillis relatifs aux clauses de mutation, il convient de préciser que plusieurs conventions collectives notamment celles du COPS et de la F.Q.I.I. défininissent le "transfert" comme étant une mutation à un poste comportant un salaire identique et la promotion comme étant une mutation à un poste comportant un salaire plus élevé.

En dépit du fait que ces conventions utilisent le terme mutation pour désigner les promotions et les "transferts" [1], nous nous en tiendrons, pour notre part, à la nomenclature classique selon laquelle la promotion est un mouvement ascendant et la mutation un mouvement horizontal.

Toutefois comme ce sont les mêmes règles qui régissent l'une et l'autre de ces pratiques et que nous n'y avons pas relevé de différences significatives, nous utiliserons donc le terme mouvement sans distinguer s'il s'agit d'un cas de mutation ou de promotion à moins que le sens ou le contexte ne s'y oppose.

En matière de mouvements de personnel, il y a lieu de traiter de façon successive les questions de forme qui touchent, d'une part, la procédure d'affichage (délai, lieu, etc.) et d'autre part, la procédure de nomination (notamment le délai pour nommer un candidat); ensuite les questions de fond, qui, elles, concernent l'évaluation des candidats et le choix du candidat sélectionné. Enfin seront également décrits les problèmes découlant de la mise en oeuvre de la période d'essai à laquelle a droit un salarié qui accède à un poste vacant.

1- La procédure

La procédure d'affichage est très généralement respectée en matière de promotion ou de mutation. En effet, tout poste vacant ou nouvellement créé visé par les conventions collectives considérées est affiché aux endroits habituels durant une période d'au moins 15 jours.

Cependant, d'emblée, tous reconnaissent que les délais pour la nomination d'un candidat ne sont pas respectés. Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer cet état de fait. D'une part, dans le contexte de restrictions budgétaires, plusieurs

---

[1] **Voir Association des usagers de la langue française** (Robert Auclair, président), Quelques observations sur le vocabulaire du décret 83-85 déterminant les conditions de travail des infirmières et infirmiers de la Fédération des SPIIQ (Loi No 105), document miméo du 12 février 1986, à la page 1.

gestionnaires reconnaissent que tous les postes vacants sont scrupuleusement évalués avant d'être affichés; ce qui peut occasionner des délais passablement longs. D'autre part, le délai de sept jours suivant la période d'affichage paraît souvent trop court pour procéder à l'évaluation de plusieurs candidats.

Du côté syndical, plusieurs interviewés ont porté à notre attention qu'ils n'ont aucun recours pour forcer les employeurs à accélérer leurs démarches. A leur avis, l'allongement des délais permet à l'employeur des économies substantielles au plan salarial.

Concernant les délais de nomination des candidats, ils reconnaissent qu'ils peuvent être trop courts pour permettre un choix judicieux dans certaines situations.

2- L'évaluation des candidats

Certaines conventions collectives, notamment celle de la F.Q.I.I. et celle de la C.S.N. ne permettent pas que l'employeur précise les exigences dans l'avis d'affichage. De ce fait, elles donnent préséance à l'ancienneté lors de la sélection d'un candidat.

D'autres syndicats reconnaissent toutefois qu'il appartient au gestionnaire de l'établissement de déterminer les exigences et les modes d'évaluation destinés à choisir un candidat.

Les administrateurs s'empressent cependant de nous signaler qu'ils doivent se limiter à ne requérir que des qualifications normales et raisonnables et que ces exigences doivent être conformes au mode d'attribution du poste énoncé par la convention collective.

Quelles peuvent être les exigences posées par les employeurs?

Pour les professionnels de la santé, elles sont généralement de trois ordres: la formation scolaire, l'expérience et les qualités personnelles. Voyons leurs particularités:

1) La formation:

La scolarité est une exigence d'ordre juridique et se rattache au permis d'exercice des professionnels de la santé.

Pour les employés de service, la scolarité exigée varie en fonction du poste occupé.

Cependant, une formation scolaire spécialisée, c'est-à-dire être détenteur(trice) d'un certificat dans une discipline appropriée, est souvent requise dans les départements de soins psychiatriques et de soins préventifs tels que santé communautaire, soins à domicile et services scolaires.

Nous avons également noté quelques cas où la scolarité de niveau universitaire (baccalauréat en nursing) était exigée pour des postes d'assistante-infirmière chef.

2) L'expérience:

D'entrée de jeu, précisons qu'il n'est pas possible de tracer un portrait-type de toutes les exigences énoncées. Elles varient sensiblement d'un centre hospitalier à l'autre. Néanmoins, une tendance générale se dessine pour la majorité des établissements visités. Tous les postes dénommés "de premier niveau" c'est-à-dire les postes d'infirmières de chevet d'unités de soins généraux ou ceux de techniciens de laboratoire et de radiologie sont attribués en fonction de l'ancienneté du candidat. Par ailleurs, pour les postes d'infirmières d'unités dites spécialisées (soins intensifs, salle d'urgence, bloc opératoire), certains directeurs(trices) de soins infirmiers privilégient l'expérience départementale comme premier critère de sélection. Par contre, d'autres se montrent plus souples dans leurs exigences. Ils peuvent, en outre, accepter une expérience de travail variant entre un et trois ans dans un service de médecine et de chirurgie.

Par conséquent, ce qui compte finalement dans ces départements, c'est la compétence clinique ou la connaissance pratique qui se rapproche le plus du poste vacant. Ainsi, un candidat doit-il d'abord satisfaire aux exigences normales de la tâche pour ensuite se prévaloir de son ancienneté. Ainsi, un candidat plus ancien qui possède une expérience générale plus longue mais aucune expérience spécifique au poste pourra se voir écarté puisqu'il ne correspond pas aux exigences normales et qu'il n'est pas, par conséquent, apte à remplir la fonction immédiatement; la période d'essai n'étant pas une période de formation.

Voici là-dessus comment s'exprime une directrice des soins infirmiers:

> "Le syndicat n'accepte généralement pas que l'on pose des exigences sur l'affichage d'un poste. A mon avis, il est dérisoire de penser que tous les candidats puissent accéder à n'importe quel poste. Les soins infirmiers spécialisés exigent une compétence clinique, des qualités personnelles que tous les postulants ne possèdent pas. Si nous voulons maintenir une qualité des soins, il faut être très sélectif dans le choix de nos infirmières. De ce fait, le critère d'ancienneté ne doit pas avoir préséance sur les autres."

Dans la même veine, une autre directrice des soins infirmiers déclare:

> "Je concède tous les postes d'infirmières de chevet en fonction de l'ancienneté du postulant. Cependant, je n'accepterai jamais que ce critère soit prédominant pour les postes exigeant une habileté clinique, du sang-froid, bref du leadership."

Il faut cependant signaler que face à des candidatures de valeur relativement égale, le salarié qui a le plus d'ancienneté se voit octroyer le poste.

3) Les qualités personnelles:

Selon nos interlocuteurs, les qualités généralement exigées pour certains postes sont le sang-froid, le leadership, l'autonomie personnelle et le sens des responsabilités.

Signalons toutefois que ces critères ne peuvent, à eux seuls, déterminer le choix des candidats.

Néanmoins dans certains cas, ceux-ci devront être nécessairement satisfaits pour que le candidat soit jugé apte à remplir les fonctions du poste: "un candidat très nerveux ne peut envisager d'oeuvrer à la salle d'urgence"; "un candidat qui manque de leadership ne pourra réclamer un poste d'assistante-infirmière-chef", soutient-on.

En somme, nous dirions que plus la nature des emplois se complexifie, plus le nombre d'exigences a tendance à s'élargir.

***

Suite aux considérations émises plus haut, il nous a semblé intéressant de connaître si ce sont les candidats les plus compétents qui obtiennent la majorité des postes vacants ou nouvellement créés.

A cette interrogation, un double courant se profile. Selon les tenants du premier courant, plutôt minoritaire, le facteur habileté et compétence clinique prime sur le facteur ancienneté pour tous les postes exigeant des qualifications spécialisées.

Selon l'autre approche, majoritaire celle-là, l'employeur dit qu'il doit accorder le poste en pondérant raisonnablement et justement les facteurs "habileté-compétence clinique et ancienneté".

Ainsi lors des entrevues de sélection, il est admis que le candidat doit obtenir une note de passage pour être jugé apte à remplir la tâche. A partir du moment où le candidat obtient la note de passage, c'est le critère ancienneté qui est déterminant. Si ce mode de fonctionnement semble effectivement courant dans la plupart des centres hospitaliers visités, il ne rencontre cependant pas l'assentiment de la majorité des gestionnaires comme le révèle ce témoignage:

> "Le système m'oblige à ne pas choisir le candidat le plus compétent mais plutôt celui qui est apte à remplir la tâche. Voici un exemple concret: nous avions un poste d'infirmière de jour à combler à la salle d'urgence. Une jeune infirmière, détentrice d'un baccalauréat en nursing possédant trois ans d'expérience en chirurgie obtient 89% comme note à l'examen de sélection. Une autre candidate a comme diplôme un D.E.C. en techniques infirmières et dix ans d'expérience dans divers services de l'hôpital. Lors de l'entrevue de sélection, elle obtient 70%. J'ai dû octroyer le poste à la deuxième candidate car j'aurais eu un grief à cet égard. Je n'ai pas choisi la meilleure candidate car elle avait comme "défaut" d'avoir moins d'ancienneté. Je vous dirais que cette situation est très fréquente". (directeur du personnel)

Dans la même ligne de pensée, plusieurs gestionnaires témoignent également du peu de lien qui semble s'établir entre la formation des candidats et l'octroi des postes. Parmi les nombreuses déclarations, nous en retenons une qui rejoint les propos de plusieurs:

> "Pour certains individus, ce qui compte c'est de faire en sorte que leur "*meter*" (accumulateur) d'ancienneté tourne... plusieurs employés reconnaissent qu'il ne vaut pas la peine de poursuivre des études s'il n'y a pas de retour d'investissement. Personnellement, je crois que les règles établies pour le choix des candidats discréditent ceux qui se donnent la peine de s'améliorer. Dans toute entreprise privée, on tend à recruter le meilleur candidat. On devrait prendre exemple sur eux." (directeur du personnel)

Somme toute, ce que nous dit la partie patronale, c'est que les mécanismes de mutation sont très encadrés par les conventions collectives et que ces règles formelles limitent passablement les gestionnaires lors de la sélection des candidats.

D'ailleurs, les clauses de promotion et de mutation, particulièrement chez les infirmières, sont celles qui occasionnent le plus de litiges entre l'employeur et le syndicat. Voyons maintenant la position syndicale:

La philosophie syndicale sous-tend que les postes doivent être octroyés en fonction de l'ancienneté du candidat. D'emblée, les répondants reconnaissent que ce principe est généralement respecté pour les préposés aux bénéficiaires, pour le personnel technique des laboratoires et de la radiologie. A leurs yeux, les problèmes les plus aigus se rencontrent chez le groupe des infirmiers(ères).

Le point de désaccord porte essentiellement sur le fait que ceux-ci considèrent que seule l'expérience générale des candidats doit être prise en compte et non l'expérience départementale ou la formation.

Leurs prétentions sont basées sur deux motifs bien précis: d'une part, le fait d'accorder le poste selon l'expérience spécifique vient limiter la mutation à l'intérieur de l'hôpital et peut aussi favoriser les salariés temporaires ayant obtenu un long remplacement dans un service.

Une infirmière explique ainsi la situation:

> "Exiger de l'expérience départementale signifie que plusieurs infirmières sont cantonnées à vie dans leurs unités de soins. Par exemple, une infirmière qui accepte de travailler dans un service de gérontologie ne pourra jamais accéder à un poste en salle d'opération."

D'autre part, on estime que le diplôme d'infirmière suffit à certifier la compétence des candidats. A leur avis, ce groupe professionnel acquiert une formation de base adéquate leur permettant d'être polyvalent dans l'exercice de leurs fonctions.

S'agissant des postes d'unités spécialisées, il revient, dit-on, à l'employeur de former le candidat après qu'il eut accédé au poste en fonction de son ancienneté.

Enfin, ajoutons que les instances syndicales ne sont pas portées à reconnaître la formation universitaire chez les infirmiers(ères). En effet, plusieurs se disent d'avis qu'un diplôme d'études collégiales est largement satisfaisant pour exécuter les tâches décrites au titre d'emploi comme en témoignent ces propos.

> "Le métier d'infirmière ne s'apprend pas dans les livres. On acquiert notre dextérité auprès des malades. Alors, je n'ai jamais compris la signification d'un diplôme universitaire dans notre profession. Exiger un baccalauréat en nursing pour faire des bains d'éponge, administrer une injection ou réconforter un malade me semble un non-sens."

***

b) D'une manière générale, nous dirions que les difficultés énoncées portent plus spécifiquement sur la détermination des exigences. Il semble qu'au niveau des établissements il y a une différence entre l'appréciation que l'on fait des textes contenus

dans les conventions collectives conclues au niveau national et les modalités de leur mise en oeuvre.

En effet, il s'en trouve plusieurs pour reconnaître dans les conventions nationales une hiérarchie entre les critères qui a pour effet de placer l'ancienneté au second rang. Dans la pratique, cependant, il semble fréquent que les syndicats font pression pour que le poste vacant soit comblé par le candidat le plus ancien étant donné que son diplôme constitue une reconnaissance de la compétence.

Mais bien que cette question d'écart a été maintes fois soulevée, il convient toutefois de préciser que tous les acteurs patronaux ne la résolvent pas de la même façon.

A un extrême, quelques administrateurs avouent que, compte tenu du volume imposant de griefs déposés à l'égard de ces clauses, les exigences décrites sur la majorité des postes sont "quasi-nulles".

A l'opposé se trouve défendue la thèse que la détermination des exigences est confirmée par la clause générale de reconnaissance des droits de direction et que ce sont les critères pertinents exigés qui permettent de procéder à une "bonne allocation des ressources humaines". Alors, en dépit des pressions syndicales, ces gestionnaires déclarent exercer pleinement leur droit de gérance. Ils proclament par ailleurs que ces clauses sont des "trappes à griefs". Mais s'empressent-ils d'ajouter: "Nous gagnons la majorité des griefs à l'égard de ces clauses".

A cette difficulté primordiale vient se greffer celle de la double formation chez les infirmières. Bien que ce problème ne soit pas central par rapport au précédent, il apparaît néanmoins opportun d'en traiter ici brièvement.

De manière générale, les syndicats infirmiers n'admettent pas qu'un poste syndiqué quel qu'il soit ait comme exigence une formation universitaire.

Selon eux, les bachelières en nursing devraient être formées pour oeuvrer dans des domaines autres que le secteur hospitalier. A cette réponse, la partie patronale réplique. Elle soutient que la formation universitaire est une exigence raisonnable dans certains départements spécialisés particulièrement celui de la santé communautaire.

Elle porte également à notre attention que la corporation professionnelle des infirmières étudie présentement la possibilité d'exiger pour tous un diplôme universitaire en l'an 2000. Le secteur hospitalier, à l'instar de beaucoup d'autres, connaît un essor technologique important et il est raisonnable de croire, affirme-t-on, que ce groupe professionnel devra être mieux formé pour être en mesure de répondre à des nouveaux besoins.

3- La période d'essai

Lorsqu'un salarié obtient un poste suite à un affichage, il bénéficie d'une période d'essai au cours de laquelle il est initié à sa nouvelle fonction. Il reçoit des informations sur l'hôpital dans lequel il va travailler de même que sur sa philosophie et ses pratiques. Il reçoit également des informations sur les avantages sociaux, etc. Cette initiation peut durer d'une demi-journée à deux (2) jours selon la politique de formation et le budget de l'établissement.

Dans le cas de certaines catégories d'emploi, cette période sera complétée par une initiation du salarié aux techniques utilisées dans l'établissement, initiation qui peut durer d'une à deux semaines.

Le reste de la période d'essai est consacré au travail du salarié dans différents aspects de sa tâche qui sont évalués de façon constante par l'employeur.

La méthode la plus fréquente d'initier les employés est de les placer en surplus dans une unité donnée et de confier aux employés sur place le soin de l'initier. Certains établissements ont mis à pied leurs moniteurs habituellement chargés de la formation. Les employés en poste se plaignent d'ailleurs de la surcharge de travail occasionnée par la nécessité dans laquelle ils sont d'initier les nouveaux venus.

Dans la grande majorité des cas, le salarié complète sa période d'essai et est maintenu dans son poste. Lorsqu'il y a retour du salarié à son ancien poste, il s'agit généralement de sa propre décision.

Les raisons généralement avancées par les parties pour expliquer ce choix du salarié sont les suivantes: le salarié s'est trompé, la tâche à effectuer ne correspond pas à ce qu'il pensait ou la tâche était trop difficile pour lui. Les parties considèrent qu'il s'agit généralement d'une erreur de bonne foi de la part du salarié. Quelques employeurs croient tout de même que certains salariés ne sont intéressés que par les augmentations salariales sans être nécessairement aptes à accomplir la tâche. N'ayant rien à perdre, ils tentent leur chance, quitte à revenir comme bon leur semble à leur ancien poste.

b) Pour les employeurs, cette procédure pose deux problèmes. Le premier concerne la durée de la période d'essai et le second, la liberté du salarié de retourner à son ancien poste.

Les gestionnaires souhaiteraient que la période d'essai soit plus longue pour les infirmières des unités spécialisées. Leur jugement sur la qualité du salarié serait précipité par la courte durée de la période d'essai actuellement prévue aux conventions collectives. Ils reconnaissent toutefois se tromper rarement dans la sélection de leur personnel.

Les employeurs ne cherchent toutefois pas à allonger de façon très importante cette période d'essai. En l'allongeant, ils augmentent la période d'instabilité dans l'organisation. Ils doivent effectivement attendre qu'un salarié ait complété sa période d'essai avant de combler son ancien poste. Il est arrivé à quelques occasions que des employeurs comblent un poste laissé vacant par un salarié en période d'essai, avant que celui-ci ait terminé cette période et qu'il décide de retourner à son ancien poste. L'employeur a alors dû démettre le deuxième salarié pour redonner sa place au premier. Dans le cas des salariés affectés à d'autres postes que ceux des unités spécialisées, la durée de la période d'essai est généralement considérée comme assez longue.

Par ailleurs, les employeurs considèrent qu'il est trop facile pour les salariés de retourner à leur ancien poste, alors qu'eux doivent faire la preuve de l'incompétence du salarié lorsqu'ils le retournent à son ancien poste.

Les salariés, pour leur part, trouvent que la période d'essai est suffisamment longue. Ils craignent que l'employeur abuse de la situation d'insécurité dans laquelle se trouvent les salariés en période d'essai si jamais celle-ci était prolongée. Ils reconnaissent que pour certains individus la période d'essai peut être trop courte et que

dans quelques cas cela peut nuire au salarié. Certaines ententes particulières sont signées à l'occasion avec l'employeur afin d'allonger cette période et de permettre à un salarié de réussir sa période d'essai.

Puisqu'il s'agit plutôt d'une période d'initiation que de formation proprement dite, il convient maintenant d'examiner celle-ci de plus près.

B- La formation

En ce domaine, on distingue généralement deux grands types de formation: la formation en cours d'emploi, c'est-à-dire celle qui est donnée sur les lieux du travail et durant les heures de travail et qui est surtout orientée vers les activités cliniques; et le perfectionnement, c'est-à-dire la formation qui est donnée dans des établissements spécialisés de formation, à l'extérieur des lieux de travail et en dehors des heures de travail et qui est souvent sanctionnée par un diplôme ou une attestation.

1- La formation en cours d'emploi

a) La formation en cours d'emploi est généralement en régression dans les établissements de santé. En effet, la majorité des gestionnaires convient que dans le contexte budgétaire actuel, ce type d'activité a été passablement touché et que les sommes allouées à cette fin ont été grandement réduites.

C'est l'employeur qui détermine le type de formation et ses modalités, quelquefois suite à l'expression par les salariés de leurs besoins en cette matière.

L'importance de la formation donnée en cours d'emploi semble augmenter à mesure qu'on se rapproche des catégories d'emploi de niveau technique. Précisons enfin que ce type de formation est plus fréquent auprès des professionnels de la santé que chez les autres groupes de travailleurs syndiqués.

b) Les employeurs rencontrent peu de difficultés avec la convention collective. Leur principale difficulté est liée au manque de ressources financières. En accord avec les salariés, plusieurs reconnaissent que ce manque de formation en cours d'emploi pourra être nuisible à moyen terme. Ils comparent quelquefois cette situation à un édifice mal entretenu, comme le révèlent ces propos:

> "Couper dans la formation en cours d'emploi n'a peut-être pas de conséquences à court terme mais cette mesure en aura sûrement à long terme. C'est comme un édifice que l'on entretient pas. La première année, les dommages ne sont pas apparents. Mais après plusieurs années, ils peuvent être irrécupérables ou coûteront tellement cher qu'on n'aura pas envie de faire quoi que ce soit." (directeur de personnel)

Quant aux salariés, ils sont généralement favorables à la formation. Elle constitue une source de motivation et les rassure dans leur travail. Ils déplorent qu'il n'y en ait presque plus et ils estiment qu'on ne peut parler d'un droit à la formation.

Lorsqu'il y a des séances de formation d'offertes, il arrive que les salariés ne puissent s'y rendre faute de temps sur le quart de travail. Lorsque la formation est avant ou après le quart de travail, le temps passé en formation est souvent non-payé et rarement redonné en temps au salarié.

Il y a rarement des griefs en cette matière car la convention n'y donne aucune prise selon les syndicats.

2- Le perfectionnement

a) Si les sommes allouées à la formation en cours d'emploi semblent avoir subi des coupures budgétaires importantes, il faut toutefois préciser que plusieurs établissements favorisent tout de même le perfectionnement de leur personnel. Les sommes accessibles aux hôpitaux en vertu des clauses de perfectionnement représentent habituellement une fraction du budget total des établissements et ces montants sont dans les faits utilisés à cette fin.

Les cours habituellement offerts aux professionnels de la santé sont établis en fonction des besoins du réseau. Certains sont très spécialisés comme la psychiatrie, la cardiologie, la périnatalité; d'autres par contre sont accessibles à un plus grand nombre d'individus tels les "soins aux mourants" ou la relation d'aide pour n'en nommer que quelques uns.

Le choix des salariés se fait en fonction d'une grille d'évaluation des candidats établie par le Comité provincial de formation. Trois grands critères président à la sélection: l'ancienneté du candidat, la conformité de son poste avec le contenu du cours offert et l'évaluation du postulant par son supérieur.

b) Les employeurs, bien que satisfaits de la qualité des cours qui sont donnés, considèrent que si les sommes d'argent dépensées par le Comité provincial leur étaient allouées localement, il y aurait, toutes proportions gardées, beaucoup plus de formation qui se donnerait et celle-ci serait beaucoup mieux adaptée à leurs besoins locaux. Il ne semble pas que ce soit le caractère paritaire du Comité provincial de formation qui pose des problèmes puisque les employeurs seraient prêts à accepter le transfert de la structure paritaire au niveau local.

En accord avec les salariés, ils trouvent la variété des cours offerts assez limitée et le nombre de salariés d'un même établissement pouvant avoir accès à ces cours, trop restreint pour avoir un réel impact sur le changement des habitudes de travail.

Le choix des candidats pose deux problèmes.

Le premier concerne la logique interne de l'évaluation. Les candidats qui ont le plus de chance d'être sélectionnés sont ceux qui obtiennent des notes ni trop fortes ni trop faibles lors de l'évaluation. En effet, il semble que la logique de la grille d'évaluation vise à accorder le perfectionnement aux salariés qui en ont besoin et non aux salariés les plus efficaces. Les salariés le savent et la plupart des employeurs le font savoir aux employés "méritants". On assiste alors aux phénomènes suivants: des employés qui répondent volontairement mal à certaines questions; un employeur qui doit évaluer un candidat le prévient qu'il lui imputera faussement des difficultés à accomplir certains actes, etc.

Le deuxième problème renvoie à la conception que se font les parties de la formation. Dans ce cas-ci, on ne peut tracer de démarcation claire entre le point de vue patronal et le point de vue syndical. C'est à l'intérieur de chacun des groupes qu'on trouve cette différence de conception. Pour certains, la formation doit récompenser les bons employés. Pour d'autres, elle doit être utilisée afin d'aider les moins performants à atteindre le même niveau que les autres employés.

Les syndicats considèrent de plus que la formation devrait être accessible à plus de salariés et dans toutes les catégories d'emploi mais particulièrement en milieu psychiatrique où la formation hors établissement constitue aussi une "bouffée d'air frais". Certains gestionnaires considèrent d'ailleurs utile que les employés des milieux psychiatriques puissent en sortir à l'occasion.

LA SECURITE D'EMPLOI

Les pratiques affectant la sécurité d'emploi concernent les statuts de travail, la sécurité individuelle, la sécurité collective et la sous-traitance.

1- Les statuts de travail

a) Depuis une dizaine d'années, on assiste à une nette tendance à la fragmentation des postes à temps complet en postes à temps partiel dans les hôpitaux visités et à un accroissement substantiel du nombre de salariés non détenteurs de postes, c'est-à-dire les occasionnels. Cette tendance semble s'être accélérée depuis 1980. Le travail à temps partiel semble généralement plus répandu à Québec qu'à Montréal, notamment selon la formule de l'horaire de sept (7) jours de travail par quatorze (14) jours de calendrier, et il est fréquent sur les quarts de travail de nuit dans l'une et l'autre des deux villes visitées.

Bien qu'il reste quelques établissements qui favorisent nettement le travail à temps complet, (près de 70% de leurs postes seraient à temps complet), de façon générale, près de 50 à 60% des postes considérés dans cette étude sont à temps partiel régulier ou occasionnel. Les personnes rencontrées évaluent généralement que près de la moitié des salariés à temps partiel sont des salariés occasionnels. Donc, on peut estimer que 25 à 30% des salariés visés par cette étude n'ont pas la sécurité d'emploi et travaillent surtout lors des vacances d'été et aux fêtes. Ceci ne veut toutefois pas dire que 25 à 30% du temps travaillé dans les hôpitaux est effectué par des occasionnels. Par définition, le temps travaillé par les occasionnels est moindre que cela.

La fragmentation des postes s'est faite généralement selon l'une ou l'autre des deux manières suivantes:

La plus courante est la transformation de postes à temps plein en postes à temps partiel régulier de 2, 3 ou 4 jours de travail par semaine. Il serait arrivé dans certains cas, à l'occasion de la fragmentation de ces postes, que les hôpitaux en aient profité pour récupérer une marge de manoeuvre supplémentaire. Ainsi, la fragmentation d'un poste ayant le statut de temps complet en poste à temps partiel a entraîné dans certains cas une réduction nette de un (1) jour de travail statutaire. Par exemple, un poste de cinq (5) jours/semaine est transformé en deux postes de deux (2) jours/semaine. L'employeur se réserve alors de soin de combler la journée manquante, au besoin, à partir de la liste de disponibilité.

L'autre manière de fragmenter les postes réside dans la transformation de la durée journalière de travail de certains postes. Il s'agit d'une tendance minoritaire qui a toujours existé dans certains hôpitaux mais qui connaîtrait maintenant une période de développement. On retrouve deux types de transformation.

Le premier type est caractérisé par la diminution de la journée de travail. Certains hôpitaux font une utilisation de plus en plus fréquente bien qu'encore faible de salariés détenteurs de postes prévoyant des horaires de trois (3) ou quatres (4) heures de travail par jour. Un employeur nous faisait même part de l'intention qu'il avait eu de créer des postes de deux (2) heures/jour, idée qu'il avait dû abandonner car elle était contraire à la Loi sur les normes minimales de travail. Certains salariés peuvent travailler trois (3) heures/jour, cinq (5) jours par semaine; un horaire qualifié de pratique pour certains mais de difficile pour d'autres. Pour plusieurs salariés, cet horaire est accepté en attendant d'avoir accès à un meilleur poste dans l'établissement ou ailleurs, d'où un fort taux de

roulement. Ce type d'horaire est surtout favorisé au niveau des employés peu spécialisés mais se retrouve à l'occasion au niveau infirmier et dans les laboratoires.

Le deuxième type de transformation de la durée journalière de travail se retrouve sous la forme d'horaires brisés, c'est-à-dire une "période de travail quotidien divisée en deux (2) ou plusieurs séances"[1]. On retrouve cette variante particulièrement dans les unités de services généraux, par exemple l'entretien et le soutien administratif, et pour quelques postes d'aides de service et de préposés aux malades. Ces horaires, tout comme les horaires de trois (3) heures/jour, sont alignés directement sur les pointes de service, les heures où la somme de travail est la plus imposante à accomplir.

b) Les employeurs éprouveraient à l'occasion des difficultés à recruter du personnel stable pour les postes à temps partiel de deux (2) jours/semaine et pour les postes de trois (3) heures/jours, particulièrement au niveau infirmier. Dans le dernier cas, il semble que le marché du travail offre mieux aux salariés. De plus, cette fragmentation des statuts de travail et des horaires qui les accompagnent aurait pour effet d'augmenter considérablement le roulement à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. Nous y reviendrons dans la section consacrée à l'analyse.

Les syndicats veulent maintenir le plus grand nombre de postes à temps complet puisque les besoins pour des postes à temps partiel seraient moins important qu'il n'y paraît à première vue et serait souvent un besoin temporaire dans la vie des salariés, par exemple, le temps nécessaire à élever de jeunes enfants. Selon les syndicats, il est vrai qu'auparavant les postes à temps partiel étaient désirés par certains salariés mais maintenant, ce serait beaucoup moins vrai. En fait, comme il ne s'ouvre pratiquement plus de poste à temps complet, les salariés n'ont plus la possibilité de choisir leur statut d'emploi. Par ailleurs, selon les représentants syndicaux, la convention offrirait peu de possibilité de contestation de ce mouvement de fragmentation par voie de grief.

Parmi les salariés détenteurs de postes à temps partiel et surtout chez les occasionnels, plusieurs doivent travailler ailleurs, souvent dans d'autres hôpitaux, afin d'obtenir un salaire suffisant. Plus particulièrement, les occasionnels qui n'ont pas beaucoup d'ancienneté ne travailleraient pas beaucoup dans une année. Leurs périodes de travail seraient concentrées à la période des vacances d'été et à la période des fêtes. Le travail sur appel place les salariés en situation de dépendance et d'incertitude comme nous le révèle ce témoignage:

> "Plusieurs salariés viennent se plaindre qu'ils sont "tannés" d'attendre le téléphone de l'hôpital. Ils nous disent être constamment à la maison et ne pas pouvoir jouir des activités proposées par leurs amis car ils ont souvent peur de manquer un appel. D'ailleurs, il est très fréquent que plusieurs d'entre eux s'inscrivent sur la liste de disponibilité de plusieurs hôpitaux". (délégué syndical)

Ce mode de gestion de la main-d'oeuvre a pour conséquences, selon les salariés, qu'ils travaillent toujours de manière intensive, d'où une augmentation de la fatigue et du stress. Les moments de la journée où ils pourraient relaxer un peu sont de plus en plus limités puisque l'employeur y affecte moins de personnel.

---

[1] Gérard Dion, Dictionnaire canadien des relations du travail, 2ième édition, P.U.L., Québec, 1986, page 245

3- La sécurité individuelle d'emploi

Plusieurs facteurs ont contribué depuis quelques années à une réduction du nombre de postes dans les hôpitaux. On pense évidemment aux coupures budgétaires mais il y a aussi, dans le cas des hôpitaux psychiatriques, la diminution de la clientèle. On y accepte moins de patients qu'avant. Ceux-ci sont plutôt orientés vers d'autres types de ressources. Il y a eu un certain mouvement de désinstitutionalisation, la relocalisation de certains patients dans d'autres types d'établissements, tels les pavillons d'accueil, les foyers de groupe, etc.

a) Ces coupures de postes ont augmenté durant les années 1980. Elles ont atteint leur sommet dans la période de 1982 à 1984. Depuis cette date, elles ont nettement ralenties dans les établissements visités. Les contraintes budgétaires sont, de l'opinion des personnes rencontrées, la principale cause de ces abolitions de postes.

Ces coupures ont surtout été résorbées par voie d'attrition. Rappelons que l'attrition est ce "phénomène par lequel le nombre de travailleurs dans une unité donnée décroît graduellement d'une façon spontanée ou naturelle, soit par départ volontaire, soit par mise à la retraite, soit par décès"[2]. Lorsqu'un employé quittait ainsi l'hôpital, son poste était assez souvent aboli.

La soudaineté et la rigueur des coupures budgétaires imposées par le ministère des Affaires sociales au début des années 1980, ont conduit une bonne part des établissements à fermer des postes qui étaient encore occupés par des salariés ce qui a entraîné la mise en oeuvre du mécanisme de supplantation. Dans certains hôpitaux, ces mises à pied ont été importantes en nombre.

Lorsque surviennent ces fermetures de postes, c'est l'ancienneté qui détermine l'ordre dans lequel les salariés seront mis à pied.

Par exemple, lorsque survient une coupure de poste dans une unité de soins, c'est le salarié le moins ancien dans le titre d'emploi et dans le statut visé qui est mis à pied. Ainsi, si l'employeur coupe un poste à temps complet de préposé aux malades en cardiologie, c'est le moins ancien des préposés aux malades de cette unité de soins qui est affecté. Ce préposé aux malades peut alors supplanter dans une autre unité de soins ou centre d'activités, en médecine générale par exemple, le préposé aux malades qui a moins d'ancienneté seulement s'il détient un poste à temps complet et qu'il satisfait aux exigences normales de la tâche.

Si deux préposés aux malades de l'unité de soins de médecine générale sont moins anciens que lui, c'est le moins ancien des deux que notre préposé aux malades va déplacer. Chaque salarié ainsi supplanté peut exercer son droit d'ancienneté et supplanter à son tour le salarié le moins ancien dans un autre centre d'activités.

Si le préposé aux malades de notre exemple est le plus jeune de tout l'hôpital dans son titre d'emploi et dans son statut, il peut alors supplanter dans un autre titre d'emploi ou dans un autre statut. Toutefois, dans le cas des professionnels au sens du Code des professions, ces déplacements ne peuvent s'effectuer qu'à l'intérieur de la même profession.

---

[2] Gérard Dion, op. cit., page 41.

S'il ne peut satisfaire aux exigences normales de cette tâche ou s'il est celui qui a le moins d'ancienneté et qu'il n'a pu déplacer personne, il se trouve alors en situation de mise à pied, sur la liste de disponibilité et bénéficiant de la sécurité d'emploi collective[3].

b) C'est précisément la mise en oeuvre de ce processus de supplantation qui soulève des difficultés particulières, surtout à l'occasion de mises à pied touchant un grand nombre de personnes. Elles méritent d'être examinées ici.

Lorsque les fermetures de postes ont été numériquement importantes, l'application du mécanisme de supplantation a entraîné une réaction en chaîne de multiples déplacements de personnel qui pouvait durer, dans certains cas, de deux à trois ans.

Ce mouvement, déterminé par le mécanisme de la supplantation, crée un double problème. D'abord au plan administratif, lorsqu'il s'agit de planifier et de prévoir à l'avance les tenants et aboutissants de cette réaction en chaîne susceptible de traverser tout l'établissement et de s'étendre sur une longue période. Mais, selon nos interlocuteurs, ce n'est pas encore là la difficulté la plus grande. En effet, ce qui crée le plus de problèmes ce n'est pas tant la gestion administrative du mécanisme prévu aux conventions collectives en matière de supplantation mais plutôt l'instabilité et l'insécurité que son application engendre chez le personnel.

En effet, pendant deux ou trois ans, le personnel occupant certains titres d'emploi change fréquemment, ce qui ralentit un peu la production compte tenu des adaptations nécessaires du personnel affecté à de nouvelles unités de soins. Malgré la facilité relative avec laquelle la procédure de supplantation peut être mise en oeuvre au plan strictement administratif, les parties patronale et syndicale la redoutent principalement en raison des problèmes qui en découlent au niveau du climat de travail.

Parlant des mises à pied et des supplantations, un représentant patronal disait simplement:

"Horrible!"

Selon nos interlocuteurs du monde syndical, "pour le personnel du réseau de la santé, ces coupures ont été traumatisantes". Pour la première fois, des postes occupés étaient coupés. Un climat d'insécurité et une certaine démotivation du personnel se seraient installés.

En évoquant les difficultés nées des fermetures de postes et des mouvements de supplantation qui ont suivi, les représentants syndicaux tiennent des propos à la fois teintés de nostalgie pour la période antérieure et d'inquiétude pour l'avenir. Ce sentiment peut être résumé dans les termes suivants:

> "Le réseau de la santé était en développement depuis de nombreuses années. Pour tous les salariés, cela signifiait de bonnes conditions de travail, une garantie d'emploi, une possibilité de mobilité interne et l'assurance pour un salarié qui travaille de nuit de pouvoir passer à une équipe de soir dans deux ou trois ans et de pouvoir travailler de jour dans

[3] L'application des dispositions relatives à la sécurité d'emploi dite collective est étudiée dans la section suivante.

quatre ou cinq ans. On avait l'impression de participer à quelque chose d'important dans la société québécoise: l'accès pour tous à la santé.

Motivations personnelles et collectives se conjugaient pour apporter aux salariés des hôpitaux une valorisation d'eux-mêmes et une valorisation sociale. A partir de la fin des années 1970 et jusqu'à nos jours, les salariés ont fait face à un retournement de leur situation. Finie l'expansion du réseau, finie la mobilité. Le système se rigidifie, se fige pour une bonne part. On coupe des postes et les salaires. Les syndiqués du secteur public et parapublic sont portés en accusation sur la place publique. Le métier se technicise. La motivation des salariés diminue, le métier qu'ils exercent est de moins en moins valorisé socialement, du moins en ont-ils l'impression, et ils connaissent l'insécurité d'emploi". (représentants syndicaux)

Certains salariés ont vu leur vie hors travail modifiée suite à ces supplantations, un salarié de l'équipe de jour se retrouvant sur le quart de soir ou de nuit, par exemple. D'autres salariés, surtout au niveau des aides de service, des préposés aux malades et même dans certains cas des infirmières-auxiliaires ont dû accepter de travailler dans d'autres titres d'emploi que le leur, et ce, soit de façon permanente, soit jusqu'à ce qu'ils obtiennent un autre poste par voie d'affichage, pour ne pas se retrouver mis à pied. Dans les faits, ce serait surtout les salariés détenteurs de postes mais qui n'avaient pas la sécurité d'emploi qui auraient accepté à l'occasion une telle solution.

La plupart des établissements ont tenté de diminuer l'impact des supplantations de deux façons: i) indirectement par la diminution des heures de travail des occasionnels et ii) directement par le recours aux ententes locales.

i) Le réseau des hôpitaux a trouvé chez les occasionnels un élément de flexibilité qui lui a permis de diminuer considérablement l'impact des mises à pied chez les salariés détenteurs de postes. Il semble que ce sont surtout les employés occasionnels qui ont subi les impacts des coupures de postes dans les catégories d'emploi à l'étude.

En effet, les salariés détenteurs de postes qui ont été mis à pied jouissent d'une priorité au niveau de la liste de disponibilité pour effectuer les remplacements. Plusieurs de ces salariés mis à pied auraient ainsi continué à travailler dans leur établissement d'origine pour des durées à peu près équivalentes à ce que leur permettait leur ancien statut de travail.

ii) Par ailleurs, suite à certaines expériences difficiles, les parties tentent d'éviter l'application intégrale du mécanisme de supplantation. Dans la section suivante portant sur les écarts entre le texte de la convention et la pratique nous montrerons comment elles y sont parvenues dans certains cas.

Aujourd'hui, le mouvement massif de coupures de postes a cessé et il n'y aurait pas eu beaucoup de mises à pied depuis deux ans.

3- La sécurité collective d'emploi

Après avoir examiné la sécurité d'emploi dans certains de ses aspects au plan individuel, nous allons maintenant tenter d'en apprécier la dimension collective. Celle-ci renvoie au mécanisme provincial de sécurité d'emploi connu sous le nom de Service de placement des Affaires sociales (SPAS). C'est le seul mécanisme de sécurité d'emploi collective existant dans les conventions des hôpitaux. Il n'existe en effet aucun plancher

d'emploi au niveau des établissements, aucune limite minimale d'un nombre d'emplois au-dessous de laquelle un employeur ne peut descendre.

a) Le SPAS est un organisme provincial composé de représentants du MSSS et des associations patronales suivantes: ACAQ, ACSSQ, AHQ, FCLSCQ et ACHAQ. Un comité paritaire est également greffé au SPAS; il a pour fonction d'entendre les plaintes et appels que des salariés peuvent faire à l'égard des décisions du SPAS à leur endroit.

Le SPAS a pour vocation de voir au replacement des salariés mis à pied et bénéficiant de la sécurité d'emploi, i.e. ceux qui ont au moins deux ans d'ancienneté dans un poste quelconque.

Tous les établissements signataires des conventions collectives s'engagent à transmettre au SPAS les renseignements nécessaires concernant les salariés à replacer, les postes disponibles et à accepter tous candidats référés par le SPAS. Celui-ci doit également favoriser l'accès des salariés non replacés à des cours de recyclage à la condition que les salariés répondent aux exigences des organismes qui dispensent les cours et que des postes disponibles puissent être offerts à court terme aux salariés ainsi recyclés.

Le refus du salarié de se recycler ou d'accepter un poste, sauf dans certaines situations précises prévues aux conventions collectives, est considéré comme une démission volontaire de sa part et met fin à tous les avantages et droits dont bénéficiait le salarié.

Les salariés qui bénéficient du régime de sécurité d'emploi ont droit à divers avantages, dont le cumul de leur ancienneté, et à une indemnité de salaire équivalente au salaire prévu au titre d'emploi du salarié, moins les prestations versées par l'assurance chômage. L'indemnité des salariés détenteurs de postes à temps partiel est proportionnelle au nombre d'heures travaillées.

Nous verrons dans un premier temps ce qui arrive aux salariés qui se retrouvent sur les listes du SPAS pour ensuite examiner comment ils peuvent réintégrer le réseau des affaires sociales.

i) La situation des salariés sur les listes du SPAS

C'est au cours des années 1982 à 1985 qu'il y a eu le plus de salariés sur le SPAS. Aujourd'hui, il ne resterait plus beaucoup de salariés, du moins dans les catégories d'emploi visées par notre étude.

Généralement, les salariés qui sont sur les listes du SPAS travaillent. En effet, ces salariés effectuent en priorité les remplacements dans l'établissement où ils détenaient précédemment un poste. Plusieurs salariés, particulièrement au niveau des infirmières, auraient effectué des semaines de travail à peu près équivalentes à celles qu'elles effectuaient précédemment, ce qui a abaissé considérablement le coût de la sécurité d'emploi pour le Ministère. De plus, ces salariés, contrairement aux occasionnels, sont tenus d'accepter les remplacements demandés par l'employeur sous peine de perdre tous leurs droits. Les employeurs locaux y ont donc gagné une certaine souplesse d'utilisation de la main-d'oeuvre qu'ils n'ont pas avec les occasionnels. Ils bénéficient en plus d'un personnel compétent et qui connaît très bien son établissement.

Le cas des salariés appartenant à des catégories d'emploi non-spécialisés serait quelque peu différent. Contrairement aux infirmières, ils auraient effectué beaucoup

moins de remplacements. Certains salariés bénéficiant de la sécurité d'emploi ont été durant de longues périodes sans travailler. Ils seraient également plus difficiles à replacer dans le réseau parce que plus nombreux et moins en demande par les employeurs.

Le fait que cette dernière catégorie de personnel soit moins qualifiée, les besoins en main-d'oeuvre réels des établissements, la recherche par les employeurs d'une marge de manoeuvre financière, constituent autant de facteurs, selon nos interlocuteurs, qui ont conduit quelques établissements à ne pas recourir au SPAS. En effet, quelques personnes interrogées nous ont fait part que cette pratique avait existé un certain temps.

Selon eux, des employeurs faisaient travailler leurs anciens salariés, inscrits au SPAS, sans en avertir ce dernier. Celui-ci continuait donc à payer ces salariés, ce qui permettait à ces établissements de récupérer autant de journées de salaire qu'ils n'avaient pas à verser. Cette pratique aurait cessé lorsque le SPAS l'a découvert.

ii) Le rappel des salariés sur les listes du SPAS lors des affichages de postes.

Les conventions collectives prévoient que pour tout poste vacant ou nouvellement créé dans un établissement, la sélection des candidats s'effectue de la façon suivante. L'employeur procède dans un premier temps à l'affichage du poste dans l'établissement. A ce moment, ce sont les salariés détenteurs de poste de cet établissement qui peuvent postuler. Si après cet affichage, aucun salarié ne répond à l'appel ou ne répond aux critères, l'employeur doit normalement référer au SPAS pour s'enquérir de la disponibilité de salariés possédant les qualifications demandées. S'il existe de tels salariés au SPAS, l'employeur doit leur accorder une entrevue et leur offrir le poste s'ils satisfont aux exigences énoncées.

Trois difficultés principales se posent quant au fonctionnement de cette institution du régime de sécurité d'emploi. Ce sont les préjugés de certains employeurs face à la compétence des salariés du SPAS, les réticences de certains salariés à quitter leur région et finalement le "conflit d'intérêt" dans lequel se retrouvent les parties au niveau local.

Pour toutes ces raisons, on a tendance à favoriser l'engagement de salariés occasionnels déjà à l'emploi de l'établissement de préférence à des salariés inscrits au SPAS.

Ce ne sont pas tous les établissements qui contactent systématiquement le SPAS pour connaître les disponibilités de personnel. Certains établissements le font systématiquement, d'autres occasionnellement, et certains le font le moins souvent possible.

Nous verrons dans la section traitant des écarts entre les conventions collectives et la pratique, la manière de procéder et les raisons qui expliquent ce phénomène.

4- La sous-traitance

a) Les hôpitaux recourrent à la sous-traitance dans deux (2) types de situations: i) pour la réalisation de tests et analyses de laboratoire dans les petits hôpitaux et ii) pour les remplacements de salariés absents.

i) La sous-traitance de tests et analyses de laboratoire

Ce type de sous-traitance est principalement pratiqué par les laboratoires des petits hôpitaux. Elle est limitée aux tests et analyses pour lesquels l'hôpital en question ne possède pas les équipements nécessaires. Ces tests ne seraient pas réalisés en quantité suffisante pour justifier l'achat de ces équipements. Cette sous-traitance se réalise à l'intérieur du réseau, plus particulièrement auprès des grands hôpitaux. Les syndicats considèrent que cette sous-traitance est justifiée, limitée et qu'elle n'affecte pas le nombre des emplois chez leurs membres.

ii) La sous-traitance pour le remplacement des absents

Cette forme de sous-traitance est généralement limitée aux périodes de pointe des absences des employés, soit surtout lors des vacances d'été et lors de la période des fêtes de fin d'année. Elles est surtout concentrée aux postes de niveau infirmier et se fait par le recours à des agences privées de placement spécialisé.

Les employeurs n'ont recours à la sous-traitance que lorsque la liste de disponibilité et la liste des employés désireux de faire du temps supplémentaire sont épuisées, et ce, conformément aux conventions collectives.

b) Certaines difficultés se posent dans le cas de la sous-traitance pour le remplacement des absents. Ce type de sous-traitance n'est désirée ni par l'employeur ni par les salariés.

Pour l'employeur, la sous-traitance est une solution coûteuse et plus ou moins efficace à un problème temporaire de disponibilité de la main-d'oeuvre. Une solution coûteuse car il faut payer beaucoup plus cher pour recourir au personnel des agences privées de placement. Une solution plus ou moins efficace car ce personnel ne connaît pas toujours l'hôpital dans lequel il est affecté, ses pratiques et son équipement, de sorte que sa production en est affectée.

La position syndicale à ce sujet est double. Ils demandent une solution globale à ce problème qui passerait par l'ouverture de postes permanents à temps plein et à temps partiel, sur laquelle nous reviendrons plus loin. A court terme, les syndicats locaux tolèrent les agences lorsqu'ils sont certains que l'employeur a réellement épuisé les listes de disponibilité et de temps supplémentaire. Ce contrôle syndical est assez facile dans les petits centres hospitaliers et dans les régions où les salariés se connaissent. Il est toutefois plus difficile dans les grands centres hospitaliers et dans les grandes villes où les salariés éprouvent des difficultés à reconnaître si un salarié provient d'une agence de placement ou s'il est un nouveau venu sur la liste de disponibilité. Les syndicats ont alors parfois des doutes sur le respect par l'employeur des clauses des conventions collectives.

Ce qui est un peu étonnant dans cela, c'est que ces agences garantissent du personnel en tout temps aux hôpitaux alors que ceux-ci affirment connaître une pénurie relative de personnel.

CHAPITRE IV

Les écarts entre la convention collective et la pratique

Après avoir ainsi décrit les pratiques observées dans les établissements de même que les difficultés qu'elles soulèvent, nous nous sommes interrogés sur l'existence ou non d'un écart entre la convention collective négociée ou imposée au niveau national et la pratique de cette convention collective au niveau local. Le présent chapitre est donc consacré à l'examen des thèmes pour lesquels un écart fut observé entre la convention collective et la pratique. Après avoir identifié chacun d'entre eux et tenté d'apprécier l'ampleur du phénomène, il deviendra intéressant de chercher les causes de ces situations, aussi bien à partir de la perception des informateurs que des observations des chercheurs, ainsi que leurs conséquences sur la gestion des ressources humaines et sur les relations du travail.

Mais au préalable, il apparaît opportun de rappeler brièvement ce que nous considérons, dans notre cadre de référence, comme un écart pour les fins de cette recherche.

D'abord, il ne s'agit pas ici de violations ou de manquements au sens juridique du terme. Cela aurait sans doute pu être une définition acceptable dans le cadre d'une analyse juridique de l'application des conventions collectives. Mais elle nous semblait trop étroite pour les fins de la présente recherche par laquelle nous cherchons à savoir si ce sont effectivement les règles prévues aux conventions collectives qui président à l'allocation des ressources humaines ou bien si celle-ci obéit à d'autres pratiques.

A cet égard, c'est davantage une approche fonctionnelle que nous privilégions, considérant comme un écart toute pratique de la part de l'une ou l'autre des parties ou des deux, faisant ou non l'objet d'un accord tacite ou formel, qui vise à permettre l'allocation des ressources à partir de règles autres que celles qui sont formellement prévues dans les conventions de niveau national ou qui ont pour but d'assouplir l'application de ces règles.

Nous ne prétendons pas rapporter ici toutes les situations qui, d'une manière ou d'une autre, sont susceptibles de correspondre à cette définition. D'abord, nous sommes évidemment tributaires des renseignements fournis par nos informateurs. Mais il y a plus: nous avons jugé utile de ne présenter ici que les écarts qui donnent lieu à des pratiques qui sont appliquées systématiquement, ne fut-ce que dans un seul établissement. En l'absence de ce critère de systématisation, nous aurions été vite conduits à décrire une multitude de comportements individuels, sans autre intérêt de portée générale que d'illustrer comment les parties peuvent parfois atténuer le caractère rigide de certaines dispositions pour tenir compte des circonstances particulières dans lesquelles peuvent se trouver certaines personnes. Pour fins d'illustration, nous rapportons quelques exemples de ces cas, à la toute fin de la présente section, sous le titre des ententes particulières.

Ce qui nous intéresse donc ici, ce n'est pas tant le nombre de violations présumées, alléguées ou sanctionnées, que la pratique ou l'application quotidienne que font les parties de la convention collective. Ces écarts pourront, bien entendu, prendre parfois la forme de violations formelles de la convention collective, de comportements délinquants ou encore de pratiques novatrices, donnant lieu ou non à des ententes de niveau local entre les parties patronale et syndicale.

Pour chaque écart ainsi observé, nous présentons successivement: **a)** la nature de l'écart, **b)** une appréciation de l'ampleur du phénomène (v.g. un établissement, quelques-uns, plusieurs, la plupart, la quasi-totalité, une catégorie professionnelle ou plusieurs) et **c)** un exposé des causes de cet écart tel qu'elles nous ont été formulées par nos informateurs.

Toutefois, avant de passer à l'examen détaillé de ces pratiques, la première chose qu'il y a lieu de retenir, c'est que de façon générale, nous avons observé une volonté des deux parties d'appliquer les conventions collectives de sorte qu'il n'y a pas de clauses ou de section des conventions collectives qui sont systématiquement écartées pour un ensemble d'établissements ou pour une catégorie professionnelle donnée.

Pour réels qu'ils soient, les écarts observés sont donc limités dans l'espace et aussi quant aux clauses qui en font l'objet; c'est donc dire que ces écarts touchent certains thèmes bien précis (v.g. liste de disponibilité, procédure de supplantation, etc.) et ils ne sont pas universellement répandus. En d'autres termes, un écart observé dans un ou quelques centres hospitaliers ne se reproduit pas nécessairement dans tous.

Pour les fins de cette description, nous avons relevé deux catégories d'écarts. D'une part, ceux qui sont de l'initiative de l'employeur au risque d'aller à l'encontre de la convention collective et de faire face éventuellement à un grief. D'autre part, ceux qui résultent d'un accord entre les parties, sanctionné ou non par une entente formelle.

Mis à part les cas qui ne visent qu'un salarié ou un groupe restreint de salariés et qui feront l'objet d'un traitement séparé ainsi que cela a été dit plus haut, nous avons retenu dix situations qui donnent lieu à des écarts plus ou moins importants et plus ou moins répandus. Ce sont:

la gestion des listes de disponibilité (trois types d'écarts différents),
le choix des vacances annuelles,
la sélection des candidats à des postes vacants (trois types d'écarts),
la formation,
la supplantation (un type selon trois modalités différentes),
l'utilisation du SPAS

Pour la commodité de l'exposé, les écarts observés seront présentés en fonction des trois grands thèmes identifiés précédemment soit l'affectation du personnel, la mobilité interne et la sécurité d'emploi.

L'affectation du personnel

C'est sans contredit la gestion de la liste de disponibilité qui donne lieu au plus grand nombre d'écarts entre les conventions collectives et leur application. On observe aussi un type d'écart assez particulier dans les modalités de choix des vacances.

On sait que les conventions collectives prévoient une liste de disponibilité en vertu de laquelle les salariés sont rappelés par ordre d'ancienneté. Or les trois types d'écart recensés limitent tous l'aire d'application de l'ancienneté pour accorder des avantages préférentiels à une catégorie de salariés, et ce, selon les souhaits de l'une ou des deux parties.

A- La pluralité des listes de disponiblité

a) Bien que l'établissement ne compte officiellement qu'une liste de disponibilité, celle-ci se trouve en fait fragmentée en un certain nombre de listes de disponibilités "parallèles" à la liste générale. Les employeurs ont établi des listes de disponibilité particulières par le biais des exigences formulées pour effectuer des remplacements dans certaines unités de soins spécialisés ou dans certains laboratoires. Ces exigences peuvent être l'expérience ou le fait pour un salarié d'être habilité à travailler dans ces unités de soins.

b) Il s'agit là d'un phénomène assez fréquent. Il touche donc un nombre assez important d'établissements mais certaines catégories professionnelles seulement et en particulier les infirmières et les techniciens en laboratoire.

c) L'employeur explique le recours à ce moyen par la nécessité d'avoir du personnel formé au type de travail effectué dans ces unités. Cette formation serait assez longue à acquérir, ce qui rendrait de peu d'utilité le recours à des salariés non-formés pour travailler dans ces unités.

Pour leur part, les salariés des unités de soins spécialisés préfèrent nettement travailler avec des occasionnels qui connaissent le travail à effectuer et les techniques généralement utilisées dans ces unités. Pour eux, recevoir comme remplaçant un salarié non formé constitue de façon certaine un alourdissement de la tâche car ils doivent alors lui montrer le travail en plus d'effectuer leur travail habituel.

Finalement, ces listes particulières sont généralement acceptées de façon tacite par les syndicats pour les remplacements de courte durée bien qu'il y ait rarement d'ententes écrites à ce sujet. Le nombre de griefs à ce propos serait assez limité. Par contre, dans le cas des remplacements de longue durée, les syndicats vont assez souvent exiger le respect intégral de l'ancienneté et demander à l'employeur de former le salarié occasionnel qui a le plus d'ancienneté dans le titre d'emploi visé.

B- La priorité de remplacement préférentielle

Dans certains établissements, des salariés bénéficient d'une priorité de remplacement préférentielle, soit à l'occasion de remplacements de courte durée, soit à l'occasion de remplacements de longue durée.

i) Les remplacements de courte durée

a) En ce qui concerne les remplacements de courte durée, certaines ententes locales prévoient que les salariés à temps partiel réguliers auront la priorité pour effectuer ces remplacements même s'ils ont moins d'ancienneté qu'un salarié occasionnel.

Il est à noter que ces ententes font habituellement l'objet d'un vote parmi les membres du syndicat concerné.

b) Ces ententes sont peu fréquentes.

c) L'employeur y trouve une mesure de stabilisation de la main-d'oeuvre. Un employé à temps partiel régulier possède de plus une connaissance du milieu ce qui limite les coûts de formation des remplaçants. Cette entente permet également d'assurer une plus grande continuité des soins. Il semble que les patients sont eux-mêmes plus rassurés de revoir des visages qui leur sont connus.

ii) Les remplacements de longue durée

a) La priorité de remplacement pour les absences de longue durée est accordée dans quelques établissements aux salariés de l'équipe volante.

b) Ces ententes sont peu fréquentes.

c) Les parties qui acceptent de signer une telle entente veulent permettre à ces salariés de se reposer, pendant une certaine période de temps, du stress inhérent au travail en équipe volante.

C- La réparation des erreurs

Normalement, lorsqu'un salarié plus ancien n'a pas été rappelé à son tour selon la liste de disponibilité, il peut réclamer le salaire qu'il aurait gagné s'il avait été au travail.

a) Il arrive parfois qu'on offrira au salarié présumément lésé de lui accorder la priorité lors du prochain remplacement en contrepartie de quoi le salarié renonce à sa réclamation.

b) Cette pratique serait peu fréquente.

c) Il s'agit d'une pratique économique pour l'employeur qui n'a pas à payer pour du temps non travaillé. Le salarié, pour sa part, est sûr que son ancienneté sera respectée au prochain remplacement, l'employeur reconnaissant son erreur. On évite un grief éventuel où les difficultés de preuve peuvent être réelles.

D- Le choix des vacances annuelles

Les conventions collectives prévoient habituellement que le choix des vacances se fait par catégories d'emploi dans l'unité de soin et en tenant compte de l'ancienneté.

a) Ici, l'écart consiste à introduire un palier supplémentaire de répartition des vacances, soit le quart de travail. Il s'agit assez souvent d'une tradition ou d'une coutume de l'établissement où les parties s'entendent pour que le choix des vacances se fasse par quart de travail dans les unités où les quarts de travail sont stables.

b) Ces ententes se retrouvent dans quelques établissements.

c) Pour l'employeur, ce type d'entente faciliterait la gestion des périodes de vacances et de la liste de disponibilité. Dans ce dernier cas, il peut plus facilement offrir à un occasionnel un contrat de remplacement de longue durée, soit pour une durée de trois ou quatre mois. Ce contrat permet de retenir les services de ce salarié occasionnel pour tout l'été, ce qui limite les risques que l'employeur se fasse "pirater" son remplaçant par un autre hôpital.

Ce type d'entente permet notamment aux salariés de nuit, habituellement moins anciens, d'avoir accès à un choix de vacances en juillet et août, ce qui leur serait difficile, voire impossible autrement. Toutefois certains salariés, sur le quart de travail de jour, ayant plus d'ancienneté se plaignent de cette règle car il peut arriver que des salariés de nuit se retrouvent avec un meilleur choix de vacances qu'eux.

La mobilité interne

Les règles applicables en matière de mobilité interne font l'objet de plusieurs types d'écarts différents. Les uns concernent les mouvements de personnel, les autres, la formation.

Pour ce qui est de la promotion et de la mutation, il s'agit de méthodes visant à contourner certains aspects de la procédure de façon à favoriser un candidat ou encore du non respect du délai de nomination.

A- La sélection des salariés

Les conventions collectives prévoient une procédure et certains critères à respecter pour combler les postes vacants.

a) L'écart consiste précisément à utiliser cette procédure pour contourner certains critères, et ce, de deux manières.

Selon plusieurs représentants syndicaux rencontrés, il est encore possible aujourd'hui pour un employeur qui désire absolument engager, muter ou promouvoir un salarié donné de parvenir à ses fins à la condition qu'il s'en donne réellement la peine. Ceci serait possible à cause de la difficulté qu'auraient les syndicats de monter une preuve suffisamment solide pour gagner leur cause en arbitrage. Il est à noter que nous n'avons pas cherché à établir la véracité de ces informations. Elles ne sont rapportées ici que pour indiquer un des écarts entre la convention et la pratique tel que le perçoit une des parties à la convention.

La première méthode consisterait pour l'employeur à définir les exigences du poste à combler de façon à ce qu'elles correspondent d'assez près au curriculum vitae de la personne à qui il souhaite accorder le poste. Cette possibilité serait réalisable surtout dans les postes spécialisés et dans les postes de promotion. En effet, aux niveaux inférieurs, c'est habituellement l'ancienneté stricte qui préside à l'allocation des postes, ce qui rend difficile, voire impossible, une telle pratique.

La seconde méthode à laquelle recourraient certains employeurs serait d'utiliser les délais prévus à la convention en matière d'affichage, pour "geler" un poste jusqu'à ce que le candidat souhaité puisse y avoir accès, comme le révèlent ces propos:

> "Un poste se libère dans une unité de soins donnée. Trois salariés sont assez près en terme d'ancienneté pour avoir de bonnes chances d'accéder au poste. L'employeur préfère nettement le salarié qui a le moins d'ancienneté parmi les trois salariés en cause. Il affiche donc le poste suite au départ de son ancien détenteur et lorsqu'il se rend compte que les deux salariés qui ont le plus d'ancienneté soumettent leur candidature, il cesse l'affichage et met le poste à l'étude jusqu'à ce que ces deux salariés obtiennent un autre poste ailleurs dans l'hôpital. Il réaffiche alors le poste sous étude et obtient le salarié désiré. Il est à noter que les deux autres salariés auraient pu soumettre à nouveau leur candidature mais il semble que les postes qu'ils avaient obtenu entre temps leur accordaient satisfaction". (délégué syndical)

b) Il est difficile d'apprécier l'ampleur que peuvent avoir ces pratiques. Il semble cependant qu'elles soient plutôt limitées.

c) Selon les syndicats, une telle procédure permet à l'employeur d'obtenir le candidat de son choix sans compter qu'il est difficile de "monter" une preuve en vue d'un arbitrage.

B- Les exigences dérogatoires

Les conventions collectives prévoient des critères de sélection qui accordent un poids non négligeable à l'ancienneté.

a) L'écart consiste à accepter que les exigences du poste soient définies de façon telle que le poids relatif de l'ancienneté est amoindri.

b) Ce type de pratique aurait cours uniquement dans les unités de soins spécialisés. De plus, si c'est dans un nombre limité d'établissements qu'il existe des ententes explicites à cet effet, cette pratique serait l'objet d'ententes tacites dans un plus grand nombre d'établissements.

c) Par ces ententes, formelles ou non, on poursuit un objectif de clarification et de transparence de façon à accorder la pratique avec les besoins des unités spécialisées. Elles manifestent un désir d'éviter un affrontement en arbitrage sur ces questions.

C- Les délais de nomination

Il s'agit ici du délai entre la fin d'un affichage de poste et la nomination du salarié choisi pour combler le poste vacant. Ce délai est habituellement de l'ordre de sept (7) jours.

a) Ce délai est rarement respecté par l'employeur.

b) Ce type d'écart est très généralisé.

c) La partie syndicale tolère cette situation en admettant qu'il est parfois difficile de procéder à un choix judicieux dans un tel délai, surtout s'il y a plusieurs candidats, et aussi parce qu'il n'y a rien à faire en vertu de la convention qui soit réellement efficace. Selon les représentants syndicaux, une contestation par la voie de la procédure de griefs ne ferait qu'allonger ce délai de nomination des candidats.

D- La formation

Nous avons fait état plus haut de la diminution importante et dans quelques cas de la cessation presque complète de la formation en cours d'emploi. Bien que cela ne constitue pas à proprement parler un écart par rapport au texte de la convention collective, celle-ci laissant l'entière liberté à l'employeur de déterminer les niveaux de formation qu'il croit nécessaire d'atteindre, il demeure que l'absence ou la réduction importante de la formation en cours d'emploi sont des pratiques qui paraissent s'éloigner quelque peu de l'esprit de la convention en cette matière.

Nous aurons l'occasion de discuter plus à fond cette question dans la section consacrée à l'analyse des données, en termes de stabilité et de flexibilité.

La sécurité d'emploi

Sous ce thème général de la sécurité d'emploi, nous avons relevé trois types d'écart dont un qui ne la touche qu'indirectement, c'est celui qui concerne les statuts de travail.

A- Les statuts de travail

Les conventions collectives prévoient normalement des statuts de salariés réguliers à temps complet ou à temps partiel, mais non de façon explicite une sorte de statut composite participant à l'une et l'autre de ces deux notions.

a) Suite aux contraintes budgétaires imposées par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, la direction générale d'un centre hospitalier a proposé à des employés de réduire leur nombre d'heures travaillées, par exemple à trois (3) ou quatre (4) jours de travail par semaine, tout en conservant leurs avantages sociaux rattachés au statut d'un salarié à temps complet.

b) Nous n'avons observé qu'un seul cas semblable.

c) Cette mesure visait deux objectifs précis: permettre, d'une part, de récupérer une somme d'argent importante versée en salaires et, d'autre part, favoriser l'embauche de nouveaux employés occasionnels pour les remplacements jugés indispensables permettant ainsi une "relève" de salariés formés pour les prochaines années.

Cette entente locale est effective depuis deux (2) ans et elle a selon le directeur du personnel atteint ses objectifs de départ comme en témoignent ses propos:

> "Il faut dire que cette initiative a connu un véritable succès. Les employés bénéficiant de plusieurs années d'ancienneté et conséquemment d'un salaire plus élevé ont largement profité de la semaine de temps réduit offerte (...) Cette mesure a permis de réduire une partie de notre déficit budgétaire et a créé quelques nouveaux postes temporaires pour les jeunes finissants".

B- La supplantation

En cas de mise à pied, les conventions collectives prévoient une procédure de supplantation en vertu de laquelle les salariés touchés par la mesure de mise à pied peuvent déplacer d'autres salariés moins anciens qu'eux selon un ordre qui a été décrit précédemment.

a) L'écart consiste ici à mettre au point un mécanisme autre qui sert de substitut à la procédure de supplantation de façon à éviter ou à limiter la réaction en chaîne que celle-ci est suceptible d'entraîner. Il s'agit ici de ce que l'on pourrait qualifier de pratiques novatrices.

Ce mécanisme de substitution, mis au point par voie d'ententes locales "ad hoc", peut prendre différentes formes et comporte le plus souvent les composantes suivantes: les salariés sont relocalisés sur des postes qui deviennent vacants ou sur l'équipe volante; l'employeur peut assouplir les critères de sélection pour permettre plus facilement la relocalisation des salariés touchés par les mises à pied; l'employeur peut "geler" certains postes devenus vacants pour les réserver aux salariés dont on a déjà prévu que leur poste sera aboli.

Les coupures budgétaires importantes du début des années 1980 ont donné lieu à de nombreuses supplantations dans les hôpitaux qui ont créé un climat d'insécurité chez les salariés comme nous l'avons montré dans la section portant sur la description des pratiques en matière d'allocation des ressources humaines. Afin de limiter ces effets, près du quart des établissements visités se sont donné un mécanisme de substitution à la supplantation. Ce mécanisme de substitution est possible surtout parce que les mises à pied sont assez souvent prévisibles par les établissements.

Aujourd'hui , ces mises à pied découlent plutôt de modifications à la structure des emplois d'un établissement, c'est-à-dire que l'établissement veut engager des salariés d'un titre d'emploi en remplacement de salariés d'un autre titre d'emploi. La situation la plus courante en cette matière, ces dernières années, a consisté à modifier des postes d'infirmières-auxiliaires en postes d'infirmières. Dans d'autres situations, il semble que ces mises à pied soient la conséquence de plans de réorganisation de la gestion des soins ou des laboratoires qui entraînent une diminution de personnel.

Bien que les modalités de ce mécanisme de substitution puissent varier quelque peu, l'idée de base est assez simple et suit habituellement le modèle suivant. L'employeur essaie de prévoir dans le temps les postes qu'il va abolir et il signe une entente avec les syndicats pour réaffecter les salariés visés par ces abolitions de postes sur des postes vacants plutôt que de procéder par supplantation, affichage de poste et ancienneté.

Les parties à la convention signent une entente à deux volets. Dans le premier volet, l'employeur s'engage à n'effectuer aucune mise à pied durant une période de temps donnée. Plutôt que d'utiliser la mise à pied et le mécanisme de supplantation pour réaliser la réallocation des ressources désirée par l'employeur, les parties conviennent de ce qui suit: les salariés qui seraient normalement touchés par les abolitions de postes maintiennent leurs droits et privilèges sur une équipe volante ou sont directement replacés sur les postes qui deviennent vacants.

Le maintien des postes vacants durant une certaine période de temps est le deuxième volet de ces ententes locales, volet que le syndicat s'engage à ne pas contester. Ce type d'entente peut amener l'employeur à assouplir ses critères de sélection afin de permettre le reclassement de tous les salariés. Voici un exemple pratique du fonctionnement de ce mécanisme.

> "Dans un des cas rencontrés, l'hôpital procède à une rationalisation de sa gestion des soins infirmiers. Les patients de l'hôpital sont répartis en différentes directions selon leur état de santé et le type de soins qu'ils requièrent. Cette rationalisation entraîne, par conséquent, le déplacement de certains patients d'une direction à une autre. Il résulte de cette réorganisation un surplus de dix (10) infirmières-auxiliaires dans une direction, celle où on a regroupé les patients dont l'état de santé est meilleur. Par contre, la direction qui a hérité des cas les plus lourds souffre d'un manque de dix (10) infirmières-auxiliaires.
>
> En vertu de la procédure prévue à la convention collective, le déplacement du personnel devrait s'effectuer de la façon suivante. La direction qui a le surplus d'infirmières-auxiliaires devrait abolir dix (10) postes. Les salariés dont le poste est aboli utiliseraient alors leur droit d'ancienneté et supplanteraient dans l'ensemble de l'hôpital des salariés du même titre d'emploi qui ont moins d'ancienneté qu'eux. Ces derniers feraient de même jusqu'à ce que toutes les infirmières-auxiliaires se soient replacées, dix (10) d'entre elles devant se retrouver dans la direction des

soins qui a dix (10) postes à combler. L'ensemble de ce mouvement peut prendre une année à être complété.

En vertu de l'entente locale, le mouvement du personnel se réalise beaucoup plus vite et plus simplement. Les dix (10) salariés en surplus à la direction où résident les patients dont l'état de santé est meilleur sont réaffectés directement dans la direction où résident les patients dont l'état de santé est plus précaire. Certaines ententes prévoient que si les salariés refusent cette réaffectation, ils peuvent alors utiliser leur droit d'ancienneté pour supplanter un salarié dans une unité de soins où ils se sentiront plus à l'aise".

Bien qu'il existe d'autres variantes et d'autres modalités à ce type d'entente, le principe demeure toujours le même: suspendre durant une certaine période de temps le mécanisme de supplantation pour limiter les déplacements en chaîne de salariés et réaliser plus rapidement les réaffectations de personnel désirées.

Parfois, les établissements sont aidés financièrement par le Ministère de la Santé et des Services sociaux suite aux pressions des hôpitaux concernés. Cette intervention du ministère vise à aider l'établissement à absorber certains coûts inhérents à ce type d'ententes, soit surtout des coûts de formation. Il faut à l'occasion reclasser certains salariés ou absorber des coûts d'habilitation des salariés à certaines unités de soins.

b) De telles ententes auraient été conclues dans environ le quart des établissements visités.

c) L'intention commune des parties est d'éviter à tout prix la mise en oeuvre du mécanisme de supplantation en raison de l'instabilité qu'elle provoque dans l'établissement et de l'insécurité qu'elle engendre chez le personnel.

C- Le service de placement

Il y a un aspect de la sécurité d'emploi dont l'application s'écarte très souvent du texte de la convention collective. Il s'agit du replacement des salariés qui se retrouvent sur les listes du Service de placement des Affaires sociales (SPAS).

Le rappel des salariés qui sont sur les listes du SPAS lors des affichages de postes dans les hôpitaux devrait normalement s'effectuer de la façon suivante.

Les conventions collectives prévoient une procédure de sélection des candidats pour tout poste vacant ou nouvellement créé dans un établissement. En vertu de celle-ci, l'employeur procède dans un premier temps à l'affichage du poste dans l'établissement. A cette étape, ce sont les salariés détenteurs de postes de cet établissement qui peuvent soumettre leur candidature. Si, après cet affichage, aucun salarié ne répond à l'appel ou ne répond aux critères de sélection, l'employeur doit normalement référer au SPAS pour s'enquérir de la disponibilité des salariés possédant les qualifications demandées. S'il existe de tels salariés au SPAS, l'employeur doit leur accorder une entrevue et leur offrir le poste s'ils satisfont aux exigences.

a) Deux types d'écart ont été observés, l'un résultant du comportement des employeurs, l'autre de celui des salariés.

i) Du côté des employeurs

Ce ne sont pas tous les établissements qui contactent systématiquement le SPAS pour connaître les disponibilités en personnel. Certains établissements le font régulièrement, d'autres occasionnellement et certains le font le moins souvent possible.

Selon nos interlocuteurs, la procédure conventionnelle n'est pas suivie principalement dans deux types de situations: lors des affichages de postes et lors des entrevues des candidats provenant du SPAS.

La première situation est caractérisée par le refus de l'employeur de référer au SPAS après un affichage improductif auprès des détenteurs de poste de son établissement. Plutôt que de référer au SPAS, il affiche directement le poste auprès des salariés occasionnels de son établissement. Toutes les parties au plan local semblent y trouver leur intérêt.

L'employeur préfère engager un occasionnel qui connaît déjà son établissement et qui souvent effectue, sur une base occasionnelle, la tâche correspondant au poste à combler. De plus, ce recours aux occasionnels augmenterait leur sentiment d'appartenance à l'hôpital et leur motivation. Certains employeurs font valoir qu'ils ne trouvent jamais de salariés sur les listes du SPAS dans les catégories d'emploi où il y a des affichages. Il y aurait rarement du personnel spécialisé, par exemple des infirmières et autres professionnels de la santé, sur les listes du SPAS et lorsqu'il y en a de disponible, il n'y aurait pas nécessairement concordance entre les statuts de travail. En effet, il semble que plusieurs des salariés qui se retrouvent sur les listes du SPAS détenaient auparavant un statut de travailleur à temps complet alors que les postes qui leur sont offerts aujourd'hui sont souvent des postes à temps partiel qu'ils ne sont pas tenus d'accepter. Ils ont le droit d'être reclassés dans un statut d'emploi comparable.

Le salarié occasionnel est évidemment satisfait d'obtenir enfin un poste alors que le syndicat local préfère voir le poste attribuer à quelqu'un de la place. Le seul à y perdre est le ministère de la Santé et des Services sociaux qui doit continuer à payer le salarié qui demeure sur les listes du SPAS lorsque celui-ci n'est pas rappelé par son établissement d'origine pour effectuer les remplacements d'absences.

L'autre situation se retrouve au moment des entrevues des candidats qui proviennent du SPAS une fois que l'employeur local décide de recourir au SPAS. Deux types de situations sont alors susceptibles de se produire.

Un employeur peut recourir au SPAS pour sauver les apparences "mais sans avoir vraiment l'intention d'engager un salarié qui en provient". Certains employeurs ont déjà en vue, pour combler un poste, un occasionnel dont ils jugent le travail tout à fait satisfaisant et à qui ils veulent absolument attribuer ce poste.

Ces employeurs soumettent les candidats à des entrevues très poussées où les candidats du SPAS feront plutôt mauvaise figure. Ayant rejeté les candidats en provenance du SPAS, les employeurs recourrent alors à leurs salariés occasionnels.

ii) Du côté des salariés

Cette situation est la réciproque de la précédente, c'est-à-dire que c'est le salarié qui ne veut pas être engagé par l'établissement qui a fait appel au SPAS. Comme dans le cas précédent, le salarié fera tout en son possible pour présenter une image moins favorable lors de l'entrevue. Ses raisons peuvent être multiples. Refus de quitter sa région

mais également parfois refus de quitter son établissement d'origine où il travaille peut-être comme occasionnel, où il se sent bien et où, bien souvent, il a tout son réseau d'amis et d'affinités. Le refus tient aussi parfois aux changements qui seraient entraînés par la mutation dans le type de tâches à effectuer ou dans l'horaire de travail. Le salarié peut également choisir de mal performer à l'entrevue parce qu'il ne se sentirait pas à l'aise avec le changement de clientèle que peut entraîner cette mutation. Par exemple, passer d'un établissement de soins de courte durée à un établissement ayant une clientèle psychiatrique est impensable pour certains salariés.

b) Selon nos observations, il s'agit ici de pratiques fréquentes.

c) Trois raisons principales expliqueraient ce type de fonctionnement du mécanisme de sécurité d'emploi.

Ce sont les préjugés de certains employeurs face à la compétence des salariés sur les listes du SPAS. Certains employeurs estiment, à tort ou à raison, que si un salarié s'y retrouve, c'est parce qu'il est incompétent et qu'il ne faisait pas l'affaire dans son ancien établissement. Dans d'autres cas, l'employeur voit venir avec appréhension un salarié qui a, par exemple, dix (10) ans d'ancienneté et qui arrive au sommet de son échelle salariale.

Une autre cause réside dans le "conflit d'intérêt" dans lequel se retrouvent les parties au niveau local choisissant d'accorder la priorité à des occasionnels "qu'ils connaissent" de préférence à des "étrangers".

Enfin, les réticences de certains salariés à quitter leur région ou leur établissement d'origine.

<u>Les ententes particulières</u>

Les écarts à la convention discutés précédemment visaient tout un ensemble de salariés. Les écarts exposés ici sont de ceux qui visent nommément un salarié ou un ensemble plus restreint de salariés et qui font l'objet d'une entente formelle avec le syndicat. Ces ententes ont habituellement pour objet d'assouplir une règle de la convention, et ce, généralement dans un sens favorable au salarié concerné. En voici quelques exemples.

Le déplacement de la période des vacances d'été ou d'autres congés afin de répondre à des besoins particuliers du salarié.

L'obtention par un salarié d'une année sabbatique après deux (2) ans au lieu de sept (7) ans comme le prévoit la convention.

L'autorisation de prendre une partie du congé de maternité à temps partiel plutôt qu'à temps complet permettant à la salariée de l'étendre sur une période de deux ans pour récupérer par la suite son poste à temps complet.

La prolongation de la période d'essai d'un salarié. Celui-ci bénéficie alors de toute la possibilité de faire valoir ses compétences et l'employeur peut se faire un jugement plus assuré sur sa valeur.

PARTIE II

L'analyse et l'interprétation

CHAPITRE V

Les contraintes et la flexibilité

Dans les deux chapitres précédents, nous avons eu l'occasion de décrire les pratiques effectives en matière d'allocation des ressources humaines et les écarts observés entre la convention collective et ces pratiques et nous avons tenté d'identifier les effets qui émanent de l'application des conventions collectives dans l'univers hospitalier. Nous allons maintenant tenter de cerner plus étroitement les contraintes inhérentes à ces règles juridiques telles que décrites par les personnes rencontrées.

En [illegible]matière, nous suivrons l'ordre des trois grands thèmes retenus à savoir l'affectation du pe[illegible]nel, la mobilité interne et la sécurité d'emploi.

A- L'affectation du personnel

Ce thème recouvre la classification des emplois, les horaires de travail et le remplacement des salariés temporairement absents.

1- Classification des emplois

Le degré de cloisonnement des postes est élevé tant au niveau des professionnels de la santé qu'au niveau des employés de service. Pour les fins de l'analyse, nous traiterons à part des professionnels, la fonction scientifique et technique étant chez eux différente des autres groupes étudiés.

On peut expliquer la diversité des titres d'emplois entourant la profession médicale comme étant le reflet de la division du travail industriel. Comme le souligne Chauvenet[1], alors que de tout temps, la division du travail sanitaire avait été centrée sur les besoins du médecin et de son malade, dans ces "appareils"[2] que sont les hôpitaux, ce sont les exigences de la technologie - et en arrière plan, la logique de la division hiérarchique du travail - qui en vinrent à forcer les divers travailleurs impliqués à se répartir les tâches au sein de l'hôpital.

> "A la dyade un peu romancée d'antan du médecin et de son malade a succédé une véritable industrie de soins, laquelle doit répondre à des normes de production et développer des mécanismes de contrôle comparables à ceux utilisés dans n'importe quelle autre entreprise industrielle".[3]

---

1 CHAUVENET, Antoinette, "La machine bureaucratique: effets de l'industrialisation de la médecine sur les rapports sociaux de production", Médecine et Société les années 80, Montréal, édition St-Martin, 1980.

2 Edgar Morin définit les appareils comme "des institutions organisationnelles; ils secrètent, génèrent, produisent ou imposent leur ordre, leurs patterns au sein de très larges masses humaines, dans de vastes milieux sociaux qui sinon, seraient livrés aux interactions spontanées entre individus et groupes: ils centralisent et monopolisent en eux, à la fois, un savoir, la possession de règles et le pouvoir de les appliquer dans leur sphère de contrôle." Voir "La nature de la société, "Communications", no. 22, Le Seuil, Paris, 1977, p. 25.

3 BOZZINI, Gaucher et Al, Médecine et Société: les années 80, Montréal, édition St-Martin, p. 20.

C'est ainsi que l'on a assisté au fil des ans à un nombre croissant de nouveaux titres d'emploi pour ne nommer que les techniciens en diététique, en médecine nucléaire, en échographie, en microbiologie, etc.

Chaque groupe professionnel a institutionnalisé un contenu technique et se définit par rapport à une compétence technique dans un champ d'activité précis.

Dans cette mise en forme, la technique apparaît telle que l'écrit Chauvenet[4] comme

> "le point de départ et le point d'aboutissement de la transformation de l'organisation du travail: point de départ en ce sens qu'à un moment donné, les découvertes scientifiques et techniques et la production en général sont considérées par des administrateurs de la santé comme des données; point d'aboutissement en ce sens qu'elle apparaît aussi comme le moyen principal utilisé par les administrateurs pour contrôler la production de soins".

Il apparaît donc que la division du travail sanitaire ne résulte pas intrinsèquement de la convention collective. Elle paraît être plutôt le fait d'une industrialisation de l'activité hospitalière et possiblement des rapports de classe[5], de pouvoir[6] et de sexe[7] qui l'accompagnent.

Toutefois, si les conventions collectives ne sont pas considérées comme un des grands facteurs qui structurent la division du travail dans les hôpitaux, elles interviennent tout de même sur celle-ci, et ce, de deux (2) façons. Elles reconnaissent et encadrent cette division du travail dans un système de classification des emplois et les parties à la négociation peuvent ajouter, soustraire ou modifier le nombre de titres d'emploi à cette classification, donc intervenir pour accentuer ou atténuer cette division du travail. Nous examinerons chacun de ces deux aspects afin de déterminer leur caractère plus ou moins contraignant en matière d'allocation des ressources humaines.

La nature du système de classification utilisé par les parties peut affecter la mobilité du personnel. Alors qu'au niveau du personnel technique et professionnel, le système de classification se rapproche d'un système de carrière, au niveau des employés généraux, il se rapproche beaucoup plus d'un système de classification par poste,

---

4 CHAUVENET, A., op. cit., p. 341.

5 NAVARRO, V., Class Struggle, the State and Medicine: an Historical and Contemporary Analysis of the Medical Sector in Great Britain, London, M. Roberson, 1978, 156p.
MNASRI, N., Le travail à temps partiel: un quasi rapport salarial, Québec: Université Laval, Sociologie, thèse de Ph.d., 1986, 485 p.
EHRENREICH, B., et Ehrenreich, J.H., "Les travailleurs hospitaliers américains: vers une polarisation de classe?, Dans Bozzini et al., Medecine et société: les années 1980, 1985, Ed. Albert St-Martin, Montréal,pp. 273-291

6 FRIEDSON, E., "The Division of Labour as Social interaction"; Social Problems; vol.23(no.3): pp.304-313
LESEMANN, F., Du pain et des services: la réforme de la santé et des services sociaux au Québec, Ed. Coopératives Albert St-Martin,, 1981, 232p.

7 EHRENREICH, B., et English, D., Sorcières, sages-femmes et infirmières: une histoire des femmes et de la médecine, Les éditions du Remue-Ménage, 1976, 78p.
GAUCHER, D., Le maternage mal salarié: travail sexué et discrimination salariale en milieu hospitalier, Presses de l'Université de Montréal, 1983, 259p.

présentant certaines analogies avec ceux retrouvés en milieu industriel. Comme nous le verrons, cette différence n'entraîne pas les mêmes difficultés d'application.

Au niveau des employés généraux, on retrouve un grand nombre de titres d'emploi qui semble être le reflet de la division du travail de type tayloriste qui y prévaut et peut-être de préoccupations de sécurité de postes pour les salariés pouvant aller jusqu'à la "sécurité de chaise". Dans un tel système de classification, les salariés sont rémunérés pour effectuer une tâche ou un groupe de tâches très précises et non pas pour ce qu'ils sont capables de faire, ou pour leurs qualifications. Comme la classification doit refléter la nature du travail, on en arrive rapidement à une prolifération des titres d'emploi.

Compte tenu que plusieurs de ceux-ci ne demandent pas toujours de qualifications particulières, on remarque que les possibilités de changement de titre d'emploi de ces salariés peuvent être plus grandes que chez les catégories de salariés professionnels et qu'elles s'appuient souvent sur l'ancienneté. Toutefois, à l'intérieur d'un titre d'emploi, la mobilité horizontale est fort restreinte puisque la fragmentation des tâches fait en sorte que très peu d'autres postes semblables existent dans l'établissement, ce qui pourrait avoir pour conséquence de limiter les possibilités de mutation d'un département à un autre ou d'un établissement à un autre dans le réseau des Affaires sociales.

Les employeurs se plaignent que certains titres d'emploi soient définis de façon trop étroite et que certains groupes de salariés soient cantonnés dans un travail routinier. Ils voudraient pouvoir modifier l'organisation du travail dans certains services mais se heurtent alors à la trop grande diversité des titres d'emploi, aux limites des champs de compétence de chacun d'eux et au souci constant des syndicats de maintenir chacun à sa place. Cet élargissement souhaité des titres d'emploi leur permettrait d'affecter temporairement un salarié à un autre poste. Dans la situation de restrictions budgétaires actuelles, les employeurs désireraient décloisonner certaines tâches afin qu'elles puissent être exécutées par un plus large éventail d'individus. Cette mesure leur éviterait de recourrir aussi fréquemment à la liste de disponibilité et permettrait des économies substantielles au plan salarial. Les syndicats insistent en effet pour que le titre d'emploi de chaque salarié soit respecté. Ils refusent les modifications aux descriptions de tâches qui vont dans le sens d'un élargissement de leur contenu car ils craignent les multiples réaffectations que cet élargissement pourrait signifier et une possible diminution du nombre d'emplois.

Par ailleurs, la classification des emplois du personnel technique et professionnel possède certaines des grandes caractéristiques d'un système de carrière[8]. Il faut toutefois noter que la présence de travailleurs professionnels possédant des droits de pratiques exclusifs[9] cumulé à l'existence d'un système de classification basé sur les

---

[8] GARANT, P., La fonction publique canadienne et québécoise, Presses de l'Université Laval, 1973: pp. 179-226.

[9] Plusieurs de ces titres d'emploi sont définis par le Code des professions du Québec qui régit trente-huit (38) corporations professionnelles. Vingt (20) de celles-ci œuvrent dans le secteur de la santé: douze (12) y détiennent un monopole d'exercice et huit (8) un titre réservé. Les corporations professionnelles détenant un exercice exclusif dans le secteur de la santé sont: les audioprothésistes, les chiropraticiens, les dentistes, les denturologistes, les infirmières et infirmiers, les médecins, les médecins vétérinaires, les opticiens d'ordonnance, les optométristes, les pharmaciens, les podiatres et les techniciens en radiologie. Les corporations professionnelles qui détiennent un titre réservé dans le secteur de la santé sont: les diététistes, les ergothérapeutes, les hygiénistes dentaires, les infirmières et infirmiers auxiliaires, les orthopondistes et audiologistes, les physiothérapeutes, les techniciens dentaires et les technologistes médicaux.

diplômes comme condition d'accès aux emplois comportent certains avantages de même que certaines contraintes.

Pour les salariés, les principaux avantages tiennent à la reconnaissance de leurs compétences réelles et à une certaine garantie que l'employeur ne les sous-utilisera pas puisque, de toute façon, il paie pour cet ensemble de compétences. Ils bénéficient également de plus de mobilité horizontale puisque leurs titres d'emploi sont définis très largement. Ainsi, les infirmières ou les techniciens en laboratoire peuvent théoriquement avoir accès à tous les centres d'activité où l'on rencontre de tels titres d'emploi. Ils bénéficient également de plus de stabilité puisque leur mutation à un autre poste à l'intérieur de leur titre d'emploi n'affecte en rien leur classification et les droits qui y sont rattachés (salaire, maintien d'ancienneté, etc.). Les salariés peuvent effectivement plus facilement transiter d'un département à un autre et d'un établissement à un autre à l'intérieur du réseau de la santé puisque les titres d'emploi, les conditions de travail et les compétences requises sont identiques.

Par ailleurs, plusieurs représentants syndicaux au niveau de la Direction des soins infirmiers nous ont mentionné que certains salariés de ces unités débordent de leur stricte description de tâches. Ils acceptent à l'occasion, surtout sur les quarts de travail de soir ou de nuit où le personnel est réduit à son strict minimum, d'effectuer des tâches en dehors de leur description d'emploi comme celles de brancardier et de préposés aux malades plutôt que de demander à la direction d'appeler un employé de ce titre d'emploi. Cette pratique s'expliquerait par le désir des salariés de ne pas être retardé dans leur travail.

La plus grande mobilité horizontale des salariés comporte toutefois un inconvénient majeur. En effet, pour les professionnels et les techniciens de la santé, la spécialisation de leur tâche les isole les uns par rapport aux autres et, à moins de recommencer à chaque étape tout un cycle d'études particulières, l'accès à plusieurs postes leur reste complètement fermé.

Pour l'employeur, ce système aurait théoriquement pour avantage de rendre plus simple l'adaptation de l'établissement aux changements structurels qui marqueront son développement. Il pourrait alors réallouer les ressources humaines sans devoir toucher au système de classification. Par contre, un des désavantages de ce système est de limiter les possibilités qu'il a de récompenser les salariés particulièrement efficaces ou ceux particulièrement motivés à acquérir une formation supplémentaire. En effet, le système de classification ne permet que l'avancement accéléré d'échelons pour les récompenser. Il ne permet pas non plus à l'employeur de tenir compte de critères non directement reliés à la tâche dans les cas de promotions, tels que les aptitudes. Finalement, ce système de classification peut être adapté par voie de négociation.

2- Les horaires de travail

Au point de départ, les conventions collectives laissent passablement de flexibilité à l'employeur. Il a l'initiative et la responsabilité de déterminer les horaires de travail. Il peut également avec l'accord des syndicats opter pour l'horaire rotatif ou l'horaire fixe.

Toutefois, une fois établis, ces horaires de travail deviennent contraignants. Dans le cas des horaires fixes, cela signifie que les postes de jour sont généralement occupés par les salariés ayant accumulé le plus d'ancienneté et que les moins anciens qui se retrouvent de soir ou de nuit sont susceptibles d'y rester fort longtemps. Comme en vertu des conventions collectives, il n'est pas possible qu'un employé permanent de nuit puisse être affecté sur un remplacement de longue durée de jour, les

employeurs n'ont à peu près plus de marge de manoeuvre pour soulager les doléances des salariés qui occupent les postes de nuit depuis plusieurs années.

A cet effet rappelons un témoignage fréquemment évoqué par plusieurs gestionnaires:

> "Plusieurs mères de famille viennent me supplier de leur trouver un poste de jour. Même si elles travaillent de nuit depuis 6 ans, je ne peux rien faire" (Directrice des soins infirmiers).

Sans remettre en question le choix des horaires fixes, il y aurait lieu, dit-on, d'assouplir certaines règles qui permettraient notamment à ces salariés d'effectuer de longs remplacements de jour sans perdre leurs droits acquis. Cette mesure permettrait de surcroît à ceux-ci d'acquérir une "expérience de jour" tout en récupérant au plan physique et moral des aléas du travail de nuit.

De manière générale, il est également apparu dans les discours des employeurs ayant opté pour les quarts fixes une difficulté plus marquée de trouver du personnel qualifié de soir et de nuit que ceux ayant choisi les quarts rotatifs. En effet, ces derniers jouissant de plus de flexibilité dans la confection des horaires peuvent jumeler plus aisément sur ces quarts de travail du personnel expérimenté avec du personnel débutant. Par exemple, sachant qu'il est plus difficile de recruter des salariés occasionnels le soir et la nuit, ces employeurs affectent le personnel permanent sur ces quarts tout en s'assurant que, selon les limites définies à la convention collective, les employés permanents accomplissent 50 % de leur temps de travail sur le quart de jour dans une période donnée.

Par ailleurs, ce que nous observons nettement dans les centres hospitaliers qui pratiquent la méthode des quarts rotatifs, c'est l'association que font les administrateurs entre les quarts rotatifs et le niveau élevé de roulement de leur personnel.

Cependant, comme ce taux de roulement élevé a été particulièrement observé en milieu anglophone, il n'est pas possible d'évaluer ici l'influence directe des horaires de travail rotatifs sur le roulement du personnel. Plusieurs autres facteurs notamment l'allégeance linguistique peuvent aussi expliquer cet exode; une dimension qu'il n'a pas été possible de contrôler.

Enfin, il apparaît que les clauses relatives au temps supplémentaire comportent une contrainte pour l'employeur et, réciproquement, laissent passablement de flexibilité aux salariés du fait qu'il est facultatif pour eux. En pratique toutefois, cela ne pose pas de difficultés majeures aux employeurs puisqu'il ne s'en fait à peu près plus.

3- Les absences temporaires

En ce qui concerne les absences temporaires, nous dirions que la convention pose un degré de contrainte quant à la procédure de remplacement mais laisse une grande marge de manoeuvre quant à la décision de remplacer les absents.

Pour les employeurs, la plus grande contrainte réside dans l'obligation de respecter l'ordre d'appel avec toutes les lourdeurs administratives que cela peut impliquer. L'employeur doit tenir un fichier à jour et l'affectation aux postes doit s'effectuer par ordre d'ancienneté.

Malgré ces contraintes, précisons toutefois que c'est en cette matière que l'employeur trouve un des principaux éléments de flexibilité dans la convention étant donné

qu'aucune disposition dans celle-ci ne l'oblige à procéder aux remplacements. En effet, l'employeur a l'entière liberté de décider si l'absence temporaire sera comblée ou non.

A cet égard, il apparaît qu'un nombre important de gestionnaires profite de ce degré de liberté pour ne pas combler tous les remplacements, particulièrement ceux de courte durée, ce qui leur permet de récupérer des sommes d'argent qui auraient servies à cette fin.

Pour ce qui est des absences de longue durée, certains employeurs cherchent une marge de manoeuvre financière en remplaçant les salariés à temps complet par des salariés temporaires à temps partiel. Ils offrent, par exemple, un remplacement trois (3) jours/semaine pour une longue durée et discutent au jour le jour s'il y a lieu d'effectuer les remplacements pour les deux jours restants.

Il va sans dire que cette façon de faire crée fréquemment des tensions au sein des centres d'activité. Les salariés, dit-on, doivent assumer le surplus de tâches à un moment où les hôpitaux sont aux prises avec des cas pathologiques de plus en plus lourds à traiter. Tous s'entendent également pour dire que le rythme de travail de même que la fatigue accumulée vont en s'accroissant dû au fait que le temps de séjour des malades s'est raccourci au fil des ans. Cependant, les employeurs considèrent que cette politique est nécessaire pour équilibrer le budget de leur centre hospitalier.

Par extension, il paraît opportun de souligner ici une autre contrainte largement évoquée par les employeurs et qui présente certaines analogies avec les problèmes relatifs aux remplacements des absences temporaires. Il s'agit de l'impossibilité dans laquelle se trouvent les gestionnaires d'affecter temporairement à un autre centre d'activités que leur département habituel les salariés détenteurs de postes. Cette pratique, si elle était autorisée par la convention collective, permettrait de combler certaines absences temporaires sans avoir recours à des occasionnels. Par ailleurs, plusieurs parmi les employeurs rencontrés ont fait valoir qu'elle pourrait être utilisée également pour faire face à des surcroîts de travail dans certains secteurs d'activité. Toutefois, on peut se demander dans quelle mesure il s'agit là d'une vision plutôt théorique étant donné qu'on nous dit fonctionner la plupart du temps avec les effectifs minima, du moins dans les unités de soins et les services para-médicaux.

B- La mobilité interne

Sur le plan de la mobilité interne, les contraintes imposées par la convention interviennent tant au niveau de la définition des exigences des postes qu'au niveau de la sélection des candidats.

Au plan de la définition des exigences, la liberté de l'employeur est restreinte: soit qu'il ne peut pas poser des exigences, ou bien que celles-ci doivent être étroitement liées au poste.

En ce qui a trait au choix des candidats, il y a toujours l'ancienneté qui est présente soit comme critère déterminant, soit dans des dosages variables avec d'autres critères tels que l'habileté, la compétence clinique et la capacité de satisfaire aux exigences normales de la tâche.

Bien que les contraintes imposées par les conventions collectives interviennent aussi bien dans la détermination des exigences que dans la prise en considération du critère d'ancienneté pour le choix d'un candidat, il est à remarquer que le

degré de flexibilité de l'employeur augmente sur ces deux plans au fur et à mesure que l'on monte dans la hiérarchie des occupations.

Lorsqu'on parle de mobilité interne, particulièrement dans le cas du personnel infirmier, il importe de noter dès le départ que ce concept désigne en pratique une réalité bien limitée dans les faits. En effet, même si les conventions collectives contiennent des dispositions très élaborées sur la question, leur portée est bien réduite en terme d'ascension dans la profession.

D'abord, il y a très peu de promotions au sens strict du terme. La pyramide professionnelle étant très "effilée", le nombre de postes de niveaux supérieurs (vg. monitrice clinique, assistante infirmière-er-chef et infirmière-er-chef) est réduit. C'est donc dire que la plupart des mouvements de personnel se font sur une base strictement horizontale, d'une unité de soins à une autre, selon les vacances de postes et les besoins. En fait, ce qui sera perçu comme un avancement sera bien davantage la "chance" d'améliorer ses conditions de travail que d'accéder à un poste de niveau supérieur. Un exemple typique est celui de l'infirmière-er qui obtient "enfin" un poste de soir ou de jour après 5 ou 10 ans dans un poste de nuit ou encore celui de l'infirmière qui accède à un poste en clinique externe souvent après 15 ou 20 ans d'ancienneté.

Enfin, il y a lieu également de relever à ce chapitre que ces clauses ne sont pas sans soulever de multiples interrogations dans l'exercice quotidien, particulièrement chez les infirmières. Le débat se polarise principalement autour des questions ancienneté,compétence clinique et formation.

Pour ce qui est de la compétence clinique, le discours diverge selon les parties. Pour les employeurs, si certaines conventions collectives reconnaissent que les facteurs d'habilité et de compétence clinique doivent être pris en compte pour l'octroi d'un poste, il s'en trouve plusieurs pour déplorer qu'en pratique, l'ancienneté y joue un rôle trop important. Aussi conviennent-ils d'adopter la règle d'ancienneté pour les postes n'exigeant pas un degré de spécialisation particulier mais, de manière générale, ils tentent de déterminer les exigences pour les postes requérant une expérience clinique spécifique. A cet effet, les employeurs précisent qu'ils doivent être plus sélectifs dans le choix des candidats, étant donné la complexité accrue des cas médicaux à traiter.

Le souci d'assurer une qualité de soins les incite, soulignent-ils, à exiger d'une manière plus constante qu'auparavant de l'expérience départementale dans les tâches propres à l'urgence, aux soins intensifs et coronariens, au bloc opératoire, en psychiatrie et en santé communautaire.

Conscients des exigences que l'employeur impose aux candidats, la partie syndicale défend l'idée que la formation de base acquise par les infirmières-ers au niveau du CEGEP les rend aptes à accéder à n'importe quel poste dans leur champ d'activité professionnel.

Sans nier que certains postes exigent possiblement une compétence et des habiletés particulières, nos interlocuteurs syndicaux font valoir que si un complément de formation est nécessaire, il revient à l'employeur de l'assurer après avoir quand même accordé le poste au candidat le plus ancien. Le principal argument invoqué à l'encontre de cette pratique est à l'effet que l'expérience départementale peut favoriser dans une large mesure les candidats temporaires qui ont eu la chance d'obtenir un long remplacement dans les unités de soins spécialisés. Cela signifie que la mobilité d'une infirmière permanente qui possèderait une expérience générale plus longue mais aucune expérience spécifique au

poste vacant peut être passablement réduite compte tenu du fait qu'elle n'a jamais pu acquérir cette expérience requise.

La question de la formation alimente également cette polémique. Plusieurs interlocuteurs, notamment parmi les employeurs, se demandent quelle est la place accordée aux candidats qui vont parfaire leurs connaissances? En d'autres termes, le fait de détenir un baccalauréat en sciences infirmières ou un certificat en nursing est-il un facteur de mobilité ascendante?

Cela soulève toute la question de l'intérêt pour les infirmières de compléter leur formation par leurs propres moyens (v g. baccalauréat en sciences infirmières, certificat en nursing) si ces initiatives n'entrent pas en ligne de compte au moment de combler des postes vacants. Il semble à cet égard y avoir une contradiction entre l'incitation au perfectionnement et les chances d'avancement que ce dernier procure. Dans la mesure où les ressources consacrées à la formation demeurent limitées et que celle-ci repose pour une part sur l'initiative du personnel infirmier, il y a lieu de se demander si le poids accordé à l'ancienneté ne risque pas de devenir désincitatif à cet égard. De deux choses l'une: ou bien, comme le suggère l'approche syndicale, les postes sont accordés à l'ancienneté et l'employeur comble, le cas échéant, le manque de formation par des cours appropriés, ou bien l'initiative personnelle en matière de formation est prise en compte et l'ancienneté se voit accorder une pondération moins élevée. Or, dans la situation actuelle, il semble que ni l'une ni l'autre de ces approches ne se vérifie. Dans la première hypothèse, l'employeur ne peut ou ne veut satisfaire aux besoins de formation, a posterori, dans la seconde, le syndicat n'est pas prêt à atténuer le poids de l'ancienneté pour faciliter l'avancement de celles et ceux qui se donnent un complément de formation, à l'exception des postes d'infirmières-ers-chefs pour lesquels on reconnaît une place particulière au baccalauréat en nursing.

Aux discours patronaux et syndicaux se greffe également toute une autre approche: celle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Dans un contexte médico-social qui se transforme à un rythme accéléré, ces représentants soutiennent cette fois que les infirmières doivent être de plus en plus polyvalentes et posséder des compétences accrues. Alléguant que les infirmières sont "le pivot de l'équipe de santé" et qu'elles constituent un des seuls groupes professionnels du domaine de la santé pour lequel une formation universitaire de premier cycle n'est pas encore requise, l'Ordre en arrive à la conclusion que la formation de base pour accéder à la profession devrait se situer au niveau du premier cycle universitaire, et ce, pour l'an 2000.[10]

Quoiqu'il en soit, la question est fort complexe et ce débat paraît d'autant plus important qu'il se donne de moins en moins de formation sur place parce que l'employeur a trouvé là un élément de flexibilité pour faire face aux contraintes budgétaires. A cet égard, on a exprimé devant nous, de part et d'autre, des préoccupations face au danger que cette situation représente en terme de déqualification à moyen terme du personnel soignant. De plus, en dépit de l'existence possible d'une logique de réseau pour la mise sur pied et l'administration des programmes de perfectionnement, il subsiste une certaine marge d'insatisfaction eu égard à la capacité de ce système de satisfaire adéquatement aux besoins locaux.

---

[10] A ce sujet, voir le document intitulé "L'infirmière et sa corporation.", publié par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1987, 40p.

En cette matière, on peut aussi se demander dans quelle mesure on ne tend pas à utiliser le programme de perfectionnement pour combler indirectement les lacunes résultant du manque de formation sur place.

Concluons ce volet en précisant que l'issue de ce débat pourrait être déterminante sur la configuration future de l''importance relative de l'ancienneté dans les conventions collectives.

C- La sécurité d'emploi

Conformément au découpage effectué dans les chapitres précédents, nous distinguons pour les fins de l'analyse la sécurité d'emploi individuelle, collective et la sous-traitance.

1- La sécurité individuelle d'emploi

Bien que les clauses pertinentes à la sécurité individuelle d'emploi posent un degré élevé de contrainte à l'employeur, il y trouve des éléments de flexibilité utiles à la conduite de sa gestion. En effet, il peut notamment fermer des postes à temps complet pour les afficher à temps partiel ou combler pour une longue période des postes vacants par des employés temporaires à temps complets ou à temps partiel. Il a également la possibilité de maintenir une liste importante d'employés occasionnels avec lesquels il est moins lié. Bref, l'employeur jouit d'une certaine marge de liberté aussi bien en matière de statut de travail qu'en matière de sécurité individuelle d'emploi et il fait grandement usage de cette flexibilité qu'offrent les conventions collectives à cet égard. Voyons plus précisément ce qu'il en est.

Dans une perspective évolutive, on note d'une part, une augmentation substantielle du nombre de salariés à temps partiel et d'autre part, un accroissement du nombre de salariés non détenteurs de postes, c'est-à-dire des occasionnels.

Au chapitre des postes réguliers à combler, les employeurs reconnaissent qu'il y a eu une nette tendance en ces dernières années à favoriser l'embauche de salariés à temps partiel plutôt qu'à temps complet.

Comment explique-t-on ce phénomène?

Plusieurs facteurs semblent avoir contribué à la progression du travail à temps partiel. On évoque évidemment les coupures budgétaires. Un certain nombre d'employeurs ont été obligés de restructurer le temps de travail de plusieurs catégories professionnelles et ils ont opté pour le fractionnement des postes afin d'éviter un nombre trop important de mises à pied.

Les gestionnaires portent également à notre attention, qu'en dépit des pressions syndicales exercées sur eux pour conserver le maximum de postes à temps complet, plusieurs salariés, notamment les femmes, expriment le désir de travailler à temps partiel pour diverses raisons: familiales, éducatives ou autres.

Sans nier ces allégations, la partie syndicale explique toutefois cette tendance en ces termes: les coupures de postes, le non remplacement des absents et l'aggravation des cas des bénéficiaires ont conduit particulièrement les infirmières à opter pour le temps partiel, dû à des facteurs d'épuisement.

De plus, on fait observer qu'il n'y a pas d'adéquation entre les moments où les postes à temps complet deviennent disponibles et les besoins des salariés dans le temps. Par exemple, la jeune infirmière sortant du C.E.G.E.P. serait disponible pour travailler à temps complet mais n'a pas assez d'ancienneté pour prétendre à un tel statut d'emploi.

Par ailleurs, lorsqu'elle atteint le niveau d'ancienneté suffisant, il peut arriver qu'elle soit plutôt désireuse d'exercer un emploi à temps partiel en raison de charges familiales ou du désir de poursuivre des études universitaires.

Toutefois, à leur avis, ce besoin de travailler à temps partiel est passager et il arrive fréquemment qu'après plusieurs années l'infirmière veut réintégrer le marché du travail à temps complet. Il semble toutefois très difficile de pouvoir le faire dans le présent contexte.

En fait, si les raisons évoquées sont sensiblement différentes selon l'une ou l'autre des parties, plusieurs reconnaissent néanmoins que la proportion des salariés à temps partiel a atteint un seuil maximal[11] et que cette progression commence à produire chez certains groupes professionnels des effets négatifs non négligeables comme nous le verrons ultérieurement.

Tel qu'évoqué ci-haut, un autre trait dominant caractérise l'univers hospitalier: le nombre imposant de salariés occasionnels. En effet, plusieurs hôpitaux affichent une liste de disponibilité pouvant, selon les catégories d'emploi, atteindre 250 à 300 noms.

Si ce choix correspond aux aspirations de quelques salariés, il ne répond pas, selon nos interlocuteurs syndicaux, aux attentes de la majorité des travailleurs des hôpitaux visités. A l'heure actuelle, il est en effet difficile d'accéder à la sécurité d'emploi. Les salariés de toute catégorie professionnelle doivent fréquemment débuter leur carrière en exprimant leur disponibilité sur deux ou trois quarts de travail. Ils vont d'un poste à l'autre, souvent d'un établissement à l'autre. Il n'est pas rare, même après cinq ou six ans de travail dans le centre hospitalier qu'ils aient toujours le statut d'employé occasionnel.

D'une manière générale, on observe donc que les employeurs tendent à réduire le nombre de personnes qui peuvent accéder à la pleine sécurité d'emploi, c'est-à-dire les personnes détenant un poste depuis plus de deux ans.

Cette situation ne va pas sans créer des problèmes autant à l'employeur qu'à l'employé. Pour le premier, comme le personnel régulier dans les unités de soins est réduit à des "équipes squelettiques" selon l'expression d'une interlocutrice, l'établissement doit faire appel plus fréquemment à des employés occasionnels. Cependant, la gestion des ressources de remplacement pose des difficultés, notamment chez les infirmières, compte tenu que les centres hospitaliers puisent dans le même bassin de remplaçants inscrits sur plusieurs listes de rappel. Ainsi, si la liste de disponibilité est imposante en nombre, l'établissement retient souvent l'impression qu'elle est déficiente.

Pour les salariés, les conditions de travail sont jugées souvent inacceptables. Ils doivent s'adapter de façon continue à des nouvelles équipes de travail et à des nouveaux malades.

---

[11] Rappelons que la proportion des salariés à temps partiel dans les unités de soins peut atteindre le chiffre de 60% dans plusieurs hôpitaux.

Plusieurs d'entre eux se découragent; ils quittent le métier et cherchent à se replacer dans un domaine tout autre. Par exemple, on souligne qu'un nombre assez important d'infirmières se recyclent en médecine douce, en courtage immobilier, en administration, etc.

Au terme de ces discussions, nous retenons que la sécurité d'emploi est devenue moins accessible au cours des ans.

2- La sécurité collective d'emploi

Par sécurité collective d'emploi, rappelons que l'on réfère aux mesures prévues par la convention pour gérer les déplacements de personnel résultant de décisions de l'employeur susceptibles d'affecter la sécurité d'emploi d'un grand nombre de salariés telles que la fermeture de centres d'activité, la fusion de services, l'abolition de postes, etc. A cet égard, il y a toutefois lieu de distinguer entre le niveau national et le niveau local.

La grande contrainte au niveau national réside dans l'obligation pour le ministère de la Santé de maintenir le plein salaire et les avantages sociaux des employés inscrits au Service de placement des Affaires sociales (SPAS), c'est à dire les salariés permanents qui sont en situation de mise à pied. Il faut souligner cependant que ce type de mesure comporte l'avantage de maintenir à la disposition du réseau un réservoir de main-d'oeuvre expérimentée.

En pratique toutefois, le nombre de salariés inscrits au SPAS a passablement diminué ces dernières années compte tenu que le nombre de mises à pied a été très bas. Au 31 mars 1986, le SPAS n'avait plus sur ses listes que 460 salariés bénéficiant de la sécurité d'emploi.[12] Par ailleurs, les salariés visés par les coupures de postes ont été, au fil des ans, réintégrés dans le réseau des Affaires sociales, la plupart dans leur établissement d'origine.[13] Finalement, il faut souligner que les salariés qui bénéficient de la sécurité d'emploi sont appelés en priorité pour remplacer les salariés temporairement absents dans leur établissement d'origine et qu'ils sont ainsi utilisés dans une proportion de 75% des heures ouvrables.[14]

S'agissant du niveau local, le mécanisme prévu en pareille occurence, soit la supplantation, représente un degré de contrainte considérable redouté par les deux parties en ce qu'il est susceptible d'entraîner des réactions en chaîne de déplacements de salariés, ce qui engendre un climat d'instabilité et d'insécurité marquant souvent la vie hospitalière pour plusieurs années.

Cependant, tel que mentionné ci-haut, très peu de centres hospitaliers visités ont effectué de mises à pied depuis les deux dernières années. Les quelques cas recensés démontrent que la supplantation à la chaîne n'a pas été utilisée comme telle. Les administrations hospitalières ont plutôt préféré recourir à une méthode de restructuration associant les salariés à leur démarche.

---

12 Service de placement des Affaires sociales, Rapport annuel des activités, 1985-1986; p.26

13 Id.; p. 4

14 Id.; p. 41

3- La sous-traitance

A l'instar des clauses relatives aux absences temporaires et à la formation il s'agit bien d'un thème de la convention collective qui laisse passablement de souplesse à l'employeur. Toutefois, contrairement aux clauses précédemment citées, l'employeur n'utilise à peu près pas cette marge de manoeuvre permise.

En effet, les deux (2) seuls exemples cités par les parties réfèrent au traitement des analyses de laboratoire de petits hôpitaux et au recours occasionnel à des agences de soins infirmiers privés.

Ce qui semble poser le plus de difficultés cependant, tant au point de vue patronal qu'au point de vue syndical, c'est le recours aux agences privées de placement en soins infirmiers.

Pour les employeurs, on comprend rapidement que c'est un moyen de dernière instance si l'on prend en compte que les frais déboursés pour une infirmière peuvent atteindre jusqu'à $1,000 par semaine et même davantage en régions éloignées; somme jugée évidemment astronomique dans le contexte budgétaire actuel.

De plus, étant donné que ces salariés vont continuellement d'un centre hospitalier à l'autre, ils n'ont pas le temps de se familiariser avec les us et coutumes de l'hôpital visité. Ainsi, les salariés permanents doivent fréquemment les initier aux tâches prévues et préfèrent souvent travailler à personnel réduit plutôt que d'avoir à former du personnel non initié.

Somme toute, les employeurs ne cherchent pas à octroyer des contrats de sous-traitance à des professionnels de la santé. Ils privilégient dans une large mesure les employés occasionnels inscrits sur la liste de rappel de leur centre hospitalier. Ils peuvent ainsi exercer un meilleur contrôle sur la qualité de leur personnel.

CHAPITRE VI

Le climat des relations du travail

et l'application des conventions collectives

Il importe sans doute de préciser au départ que cette dimension de la recherche se situe dans une perspective plus large que celle de l'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines. Elle rejoint néanmoins la préoccupation centrale de la présente étude en ce sens que, selon nos interloculeurs tant patronaux que syndicaux, il existe un lien entre le climat des relations du travail et l'application des conventions collectives, notamment dans le domaine de l'allocation des ressources humaines.

Comme la place occupée par ce thème dans le cadre de référence et dans le schéma d'entrevue était plus limitée, il va de soi que c'est également la dimension de la recherche où nos observations sont demeurées à un niveau plus général et ne conduisent au mieux qu'à soulever certaines interrogations ou à formuler certaines hypothèses. Il apparaît cependant que les informations recueillies et les observations effectuées méritent d'être consignées.

Pour les fins de l'exposé, nous avons regroupé nos commentaires sous deux titres, à savoir l'administration de la convention collective et le contrôle de son application. Au niveau de l'administration de la convention, on reconnaît généralement que l'initiative première appartient surtout aux gestionnaires des établissements bien que la participation du syndicat soit parfois nécessaire sinon tout simplement un atout. Le contrôle de l'application de la convention met plutôt en évidence ce que l'on appelle souvent familièrement le rôle de "chien de garde" de la convention reconnu aux syndicats même si le gestionnaire avisé et éclairé verra à s'assurer de son côté que la convention collective est bien appliquée par ses mandataires qui en ont la responsabilité.

A- L'administration de la convention collective

Nous pouvons affirmer sans grand risque de nous tromper que nous avons observé de façon générale une réelle volonté chez les gestionnaires de respecter les conventions collectives et chez les syndicats, une volonté de voir à ce qu'elles soient appliquées. Toutefois, s'il apparaît qu'il existe bien un rapport entre le climat des relations du travail et l'application des conventions collectives, la question qui se pose est celle du sens de cette relation.

1- Une volonté de respect des conventions collectives

En fait, nous n'avons pas perçu chez les administrateurs rencontrés de volonté de contourner systématiquement les règles prévues à la convention collective, malgré des styles ou des philosophies de gestion différentes et sur lesquelles nous reviendrons. Également, du côté syndical, nulle attitude laxiste ou de complaisance face à la question du respect de la convention collective.

Malgré les contraintes que les conventions collectives comportent pour les administrations des établissements, ainsi que cela a été longuement démontré dans les chapitres précédents, deux facteurs semblent faciliter leur application, soit la conclusion

d'ententes locales et l'usage que font les administrateurs des éléments de flexibilité non négligeables que comportent ces conventions collectives.

En effet, s'agissant de conventions collectives conclues ou imposées au niveau national, il n'est pas possible qu'elles tiennent compte de tous les particularismes locaux, surtout si l'on prend en considération que ce sont les mêmes conventions collectives qui régissent les conditions de travail en milieu urbain, semi-urbain et rural, dans les grands comme dans les petits établissements, dans les établissements de soins de courte comme de longue durée, dans les établissements psychiatriques comme dans les autres. De ce point de vue, les ententes locales, formelles ou informelles, constituent un élément d'adaptation important, à un point tel que ces ententes sont parfois considérées comme un moyen essentiel à la bonne application des conventions collectives négociées à l'échelle nationale. Même si nous reviendrons plus loin sur certains facteurs susceptibles de favoriser la conclusion de telles ententes, notons tout de suite que pour un certain nombre de nos interlocuteurs patronaux, ces ententes locales, qui permettent d'adapter à l'établissement les conditions négociées au niveau national, pourraient être plus nombreuses et plus substantielles que le système ne s'en porterait que mieux.

L'autre facteur facilitant l'application des conventions collectives par les administrateurs réside dans les éléments de flexibilité qu'elles comportent. En effet, les contraintes imposées par ces conventions, d'une part, et celles qui le sont par le système, d'autre part (v.g. restrictions budgétaires, directives ministérielles, etc.), se trouvent atténuées par la liberté de manoeuvre que les conventions laissent aux administrateurs, telle que la discrétion de combler ou non les postes vacants, de remplacer ou non les salariés temporairement absents, d'accroître ou de réduire les efforts consacrés à la formation en cours d'emploi, etc. Ce n'est pas à dire que l'usage qui est fait de cette flexibilité est sans conséquence sur d'autres aspects de la vie de l'établissement ou sur la qualité des soins ou des services, mais ce qu'il convient de constater ici c'est que ces éléments de flexibilité semblent rendre plus facile pour les gestionnaires l'administration des conventions collectives.

2- Le climat des relations du travail

Ce qui paraît varier toutefois, c'est la facilité avec laquelle on arrive à résoudre les problèmes qui résultent de la mise en oeuvre de ces conventions collectives. Nous avons eu l'occasion d'aborder cette question avec tous nos interlocuteurs tant patronaux que syndicaux. Et s'il y a une chose qui ressort clairement, c'est qu'il existe une relation entre le style de gestion et le climat des relations du travail, d'une part, et l'application des conventions collectives, d'autre part, en ce sens que les uns influencent manifestement la qualité de l'autre.

Selon la perception de nos interlocuteurs, un style de gestion axé davantage sur l'approche traditionnelle et conflictuelle des relations du travail engendrerait davantage de difficultés au niveau de l'application des conventions collectives qu'une philosophie de gestion inspirée par les nouveaux courants de pensée en matière de gestion des ressources humaines, intégrant les préoccupations de valorisation de l'apport du salarié, de participation aux questions qui le concernent, de solution des difficultés au jour le jour. En fait, il semblerait que l'administration de la convention collective s'avère plus difficile lorsque l'employeur a une attitude qui le porte à valoriser l'approche dite des droits résiduaires de préférence à celle qui est inspirée de la théorie dite du mandat[1]. Selon la

[1] Voir: Davey, Harold W., Bognanno Mario F. et Estenson, David L, COMTEMPORARY COLLECTIVE BARGAINING, 4ième édition, Prentice Hall, 1982, pages 150 à 154.

première, l'employeur a tous les droits à titre exclusif, sauf ceux qui sont limités par la convention collective, laquelle est perçue comme un empiètement sur les prérogatives de la direction; selon la seconde, l'employeur a une attitude moins doctrinaire, plus pragmatique: il cherche la meilleure allocation possible des ressources plutôt que la défense de droits ou prérogatives absolus de telle sorte qu'il ne perçoit pas la convention collective comme une menace à son autorité. Cette hypothèse, suggérée par les observations que nous avons pu effectuer, pourrait faire en soi l'objet d'une recherche de vérification distincte.

Un autre facteur, du côté syndical cette fois, suggère une deuxième hypothèse. Il semblerait que la conclusion d'ententes locales et le règlement de certains griefs avant l'arbitrage seraient facilités par la présence de délégués syndicaux à temps complet dans l'établissement, c'est-à-dire en pratique, le plus souvent, chez les syndicats généraux regroupant un nombre suffisamment important de membres pour justifier une telle libération. Cette hypothèse, soutenue par les renseignements recueillis auprès de nos informateurs, repose sur le fait que les délégués qui jouissent d'une libération à temps complet deviennent plus familiers avec les questions complexes qui sont soulevées par l'application de la convention collective de même qu'ils acquièrent une expérience et une assurance qui leur rend plus facile l'engagement dans la conclusion d'ententes locales ou le règlement des griefs, sans nécessairement tout référer aux instances syndicales supérieures. Réciproquement, les syndicats numériquement plus petits au niveau de l'établissement ne peuvent bénéficer de délégués à temps complet. Ces derniers auraient moins de temps à consacrer aux problèmes résultant de la convention collective, ils adopteraient une attitude de prudence et hésiteraient peut-être davantage à s'engager dans la conclusion d'ententes locales et même dans le règlement de certains griefs au niveau de l'établissement. Ce ne sont là que des hypothèses que des recherches ultérieures pourraient éventuellement contribuer à confirmer ou à infirmer.

Toutefois, ce qui paraît beaucoup plus sûr, et là-dessus nos interlocuteurs patronaux et syndicaux sont unanimes, c'est que l'administration de la convention collective est beaucoup plus facile lorsqu'il existe un dialogue constant entre les parties au niveau de l'établissement, que ce soit à l'intérieur des structures formelles prévues à la convention pour ce faire ou bien par des contacts directs entre les acteurs. En pratique, nous avons observé qu'en dépit du fait que les conventions collectives prévoient plusieurs organes paritaires avec des mandats spécifiques et variés, le plus souvent il suffit qu'un seul de ces organes, ou parfois deux, par exemple le comité de santé et sécurité du travail ou bien le comité des relations professionnelles, fonctionnent raisonnablement bien pour qu'ils deviennent le lieu vers lequel convergent toutes les questions litigieuses. Malgré tout cela et bien que la situation puisse varier d'un établissement à l'autre, ce sera, en pratique, le plus souvent, la qualité des relations informelles entre les représentants des parties qui fera foi de la bonne administration de la convention collective.

Deux facteurs paraissent déterminants dans la pratique d'un dialogue fécond au niveau de l'établissement, à savoir le style ou la philosophie de gestion, ainsi que cela a été évoqué ci-haut, ainsi que le type de militantisme syndical en ce sens qu'un syndicat qui pratique systématiquement une politique d'affrontement avec l'employeur empêche ce dialogue qui paraît nécessaire à la solution des difficultés qui naissent de l'application de la convention collective.

De ce point de vue, nos informateurs ont majoritairement, d'un côté comme de l'autre, qualifié de bonnes dans l'ensemble les relations du travail sur une base quotidienne au niveau des établissements. Pour les informateurs syndicaux toutefois, c'est le style de gestion qui serait déterminant dans la définition de la qualité de ces rapports bien qu'ils conviennent que l'attitude de certains dirigeants de syndicats locaux puisse être

parfois à la source de certaines confrontations qui autrement pourraient être évitées. Cependant, selon nos observations, cela semble être un phénomène minoritaire.

B- Le contrôle de l'application des conventions collectives

Dans notre régime de relations du travail, le contrôle de l'application des conventions collectives repose au premier chef entre les mains du syndicat, notamment grâce à la procédure de règlement des griefs. De ce point de vue, on entend souvent que le nombre de griefs présentés par les syndicats peuvent constituer un indicateur du climat des relations du travail. Egalement, sa distribution par catégorie peut permettre d'identifier les "points chauds" de la convention collective, c'est-à-dire les clauses dont l'application ou l'interprétation posent le plus de difficultés.

1- Le volume et la nature des griefs

Ce qu'il est intéressant de noter, c'est que les statistiques existantes sur les griefs dans les secteurs de la santé et des services sociaux, quelque soit la source consultée, confirment que les clauses qui ont fait l'objet de la présente étude constituent effectivement les points "les plus chauds" de ces conventions collectives, en particulier le rappel au travail, les nominations à des postes vacants, les horaires de travail ainsi que la supplantation et les mises à pied.

Avant d'examiner dans le détail les données pertinentes à ce sujet, il convient d'essayer de situer les secteurs de la santé et des services sociaux par rapport aux autres secteurs d'activité au Québec du point de vue du volume des griefs qui se rendent à l'étape de l'arbitrage.

Les statistiques publiées par le Conseil consultatif du travail et de la main-d'oeuvre et reproduites ici dans le tableau I révèlent que les griefs qui ont fait l'objet d'une sentence arbitrale dans les secteurs de la santé et des services sociaux en 1984-85 comptent pour environ le cinquième de toutes les décisions rendues au Québec durant cette période[2].

Lorsqu'on compare le nombre de griefs portés à l'arbitrage dans les secteurs qui nous occupent avec ceux du secteur de l'éducation (Tableau I), on constate qu'ils sont un peu plus nombreux que dans ce dernier, soit 20,26% et 16,29% respectivement des griefs arbitrés au Québec en 1984-85. Ceci peut sembler considérable à première vue si on considére le fait que le secteur de la santé et des services sociaux ne compte que pour 16,1% de main-d'oeuvre syndiquée au Québec[3]. Toutefois, il convient de nuancer cette première observation en tenant compte du fait que les secteurs de la santé et des services sociaux et celui de l'éducation sont syndiqués à près

---

[2] Les statistiques provenant de la même source pour les années antérieures ne sont guère utilisables car elles sont regroupées d'une façon différente et ne portent pas nécessairement sur les mêmes objets.

[3] Fleury, G., "La carte syndicale au Québec en 1985", in Le Marché du Travail, 1985, Vol. 6, No. 12, pp. 84-85

Tableau I

Répartition des décisions arbitrales 1984-85[4]

Secteur	N. de griefs	Proportion
Primaire	100	3,68 %
Secondaire	743	27,32 %
Tertiaire (moins éducation, aff. soc. et adm. publique)	584	21,47 %
Éducation	443	16,29 %
Affaires sociales	551	20,26 %
Administration publique	299	11,00 %
Total	2 720	100,00 %

[4] Source: Données tirées de Liste annotée d'arbitres des griefs, présentée par le Conseil consultatif du travail et de la main-d'oeuvre, 17e édition, en vigueur du 1er avril 1986 au 31mars 1987, Gouvernement du Québec, Ministère du Travail, Québec 1986, 111 pages, à la page 99.

de100% alors que dans le secteur privé le taux de syncalisation s'approche à peine de 30% selon des estimations encore récentes[5].

Toutefois, selon les données du ministère du Travail pour les années antérieures à 1984-85, il semble bien que la situation n'a guère varié de ce point de vue en dépit des effets qu'ont pu avoir les restrictions budgétaires sur l'application des conventions collectives. Malgré quelques variations dans le temps, le tableau II confirme bien cette réalité. En effet, de 1978 à 1985, la part des sentences arbitrales déposées pour les secteurs de la santé et des services sociaux représente entre 20% et 24 % des décisions rendues au Québec, à l'exception de l'année 1980 où la proportion se situe à 16%.

Ce qui semble plus significatif toutefois c'est le nombre élevé de griefs soumis indépendamment du fait qu'ils se rendent ou non à l'arbitrage et les objets sur lesquels ils portent.

A cet égard, il importe de noter dès le départ que les statistiques disponibles portent sur une partie de la clientèle seulement et qu'il s'est avéré impossible d'obtenir des statistiques pour les autres catégories professionnelles, notamment les infirmières-ers et les autres professionnels de la santé de même que pour les employés généraux représentés par des syndicats affiliés à la FTQ. En fait, nous n'avons pu obtenir des données que pour les seules associations qui se sont données une administration centrale de l'arbitrage appelée Greffe des tribunaux d'arbitrage des Affaires sociales et qui ne concerne que les salariés représentés par la Centrale de l'Enseignement du Québec (CEQ), la Fédération des Affaires Sociales (FAS-CSN) et la Fédération des Professionnels Salariés et Cadres du Québec (FPSCQ-CSN).[6] Ces données demeurent quand même largement représentatives, la FAS-CSN représentant à elle seule plus de la moitié des effectifs syndiqués de tout le secteur.[7]

Toutefois, selon les statistiques rendues publiques par le greffe et regroupées dans le tableau III, il s'avère que, pris globalement pour l'année 1985-86, l'ensemble des griefs relatifs à l'allocation des ressources humaines se situent au premier rang (34,6%)[8] avant même les griefs portant sur des questions disciplinaires (16,7%) ou sur des réclamations de salaire (18,4%), cette situation étant tout à fait comparable à celle de l'année précédente. Par ailleurs, si l'on désagrège par sous-catégories ces griefs relatifs à l'allocation des ressources humaines, elles viennent immédiatement après les questions disciplinaires et les réclamations de salaires.

Le rappel au travail incluant le remplacement des salariés temporairement absents et la gestion de la liste de disponibilité (12% à 13% des griefs) constituent ensemble la première cause de contestation, ce qui confirme bien les observations rapportées précédemment, en particulier dans les chapitres de ce rapport consacrés à la description des pratiques effectives et à l'analyse des contraintes.

---

[5] Rondeau, C., et Bélanger, J., "Le syndicalisme dans l'entreprise privé au Québec: tendances récentes et analyse", in Rapport du XXXVIIIème Congrès des relations industrielles, Département des relations industrielles de l'Université Laval, Québec, 1983, p. 23.

[6] Du côté des autres catégories professionnelles pour lesquelles il n'existe pas de tel mécanisme centralisé d'administration de l'arbitrage, on nous dit que de telles statistiques ne sont pas compilées de façon systématique.

[7] Voir tableau des effectifs à l'annexe C

[8] Ce pourcentage est la somme des pourcentages afférents aux items: rappel au travail, affichage de poste, nomination à un poste, horaire de travail, supplantation et mises à pied dans le tableau III.

Tableau II

Proportion des décisions arbitrales rendues

dans les secteurs de la santé et des services sociaux

par rapport à l'ensemble du Québec de 1978 à 1985[9]

Année	Québec	SSS	% SSS
1978	1 441	355	24,63
1979	1 977	436	22,05
1980	2 035	335	16,46
1981	2 306	487	21,12
1982	2 856	625	21,88
1983	2 466	511	20,72
1984	2 408	553	22,96
1985	2 193	536	24,44
Total	17 682	3 838	21,70

[9] Source: Tableau élaboré à partir des données contenues dans la banque des sentences arbitrales déposées en vertu du Code du travail. Les compilations originales ont été fournies par Me Louis Garant, du Service des études en relations du travail au Ministère du Travail du Québec.

Tableau III

Répartition des griefs à arbitrer

au Greffe des tribunaux d'arbitrage des affaires sociales

selon l'objet du litige de 1983-84 à 1985-86[10]

Objet	1983-84		1984-85		1985-86	
Réclamations de salaire[11]	3 012	28,2 %	3 266	24,7 %	2 775[12]	18,4 %
Mesures disciplinaires	2 290	21,4 %	2 377	17.3 %	2 516	16,7 %
Rappel au travail	1 346	12,6 %	1 700	12,4 %	1 985	13,2 %
Affichage de poste	(--)[13]		829	6,3 %	944	6,3 %
Nomination à un poste	(--)[13]		820	6,2 %	1 068	7,1 %
Horaire de travail	(--)[13]		419	3,2 %	752	4,9 %
Supplantation et m. à pied	591	5,4 %	414	3,1 %	468	3,1 %
Toutes autres catégories	3 448	32,2%	3 360	25,5%	4 538	30,2%
Total	10 687		13 185		15 046	

[10] Source: Tableau élaboré à partir des données contenues dans les rapports annuels d'activités du Greffe des tribunaux d'arbitrage des affaires sociales, 410 est, rue Bellechasse, R.C. 05, Montréal, Québec, H2S 1X3, pour les années 1983-84, 1984-85 et 1985-86. Ces rapports couvrent une période s'étendant du 1er juillet d'une année au 30 juin de l'année suivante.
Note: L'expression "grief à arbitrer" utilisée dans les documents du Greffe depuis 1984-85 désigne le statut que reçoit un grief lorsqu'il est inscrit au greffe et "qu'il conserve jusqu'à ce qu'il soit mis en suspend, en arbitrage local, mandaté ou simplement réglé." Voir Rapport 1984-85 à la page 3.

[11] Note: incluant les griefs d'attribution des heures supplémentaires, de primes diverses,

[12] La nomenclature utilisée dans les rapports du Greffe variant quelque peu d'une année à l'autre, la baisse importante observée ici est peut-être explicable en partie par une façon différente de comptabiliser ces griefs.

[13] La nomenclature utilisée par le Greffe en 1983-84 ne comporte pas ces catégories.

On retrouve *ex aequo* avec la catégorie précédente, les griefs qui se rapportent aux postes vacants, soit par voie de contestation de l'affichage (6,3%), soit par contestation de la nomination elle-même (6% à 7%). Viennent ensuite les griefs relatifs aux horaires de travail, à la supplantation et aux mises à pied.

Toutefois, bien peu de ces griefs se rendent à l'arbitrage, du moins si l'on se fie aussi bien aux statistiques du Greffe, qu'à celles du ministère du Travail ou encore à celles du Conseil consulatif du travail et de la main d'oeuvre. Mais encore là, ceux qui ne sont pas réglés à l'intérieur de la procédure interne de réclamation ou par voie de négociation entre les parties et qui doivent être tranchés par un arbitre se situent majoritairement dans les mêmes catégories ainsi qu'en fait foi le tableau IV. De plus, qu'il s'agisse des griefs soumis ou des griefs qui se rendent en arbitrage, la tendance est constante: ce sont toujours les mêmes catégories que l'on retrouve au premier rang: les griefs portant sur des questions relatives à l'allocation des ressources humaines sont numériquement plus importants que ceux qui visent des mesures disciplinaires ou des réclamations de salaire.

Il est encore plus significatif de constater qu'il s'agit là d'un modèle déviant par rapport à la distribution de l'ensemble des griefs arbitrés au Québec comme permet de le constater une comparaison avec les données rapportées dans le tableau V. En effet, contrairement à la situation illustrée par le tableau précédent, ce sont les griefs relatifs aux mesures disciplinaires qui viennent au premier rang et non pas ceux qui concernent l'emploi comme c'était le cas dans le tableau IV. On peut toujours formuler l'hypothèse que cette dernière distribution peut être influencée en ce sens par l'inclusion de l'ensemble des griefs des entreprises industrielles et commerciales. Il demeure que les secteurs de la santé et des services sociaux se distinguent à cet égard en ce que le plus fort volume de griefs se concentre autour des clauses relatives à l'allocation des ressources humaines.

Quoi qu'il en soit, tous ne font l'objet d'arbitrage. Au contraire, la plupart sont réglés à l'amiable. Selon le rapport du Greffe pour l'année 1985-86, pour les unités se situant dans son champ de compétence, "92,5% des règlements connus ont été obtenus sans l'intervention d'un arbitre. (...) Dans la même veine, nous notons que 74% des griefs le sont avant qu'un arbitre soit désigné par le Greffe ou par les parties."[14] Les données pertinentes aux années précédentes, notamment de 1981 à 1985 sont du même ordre de grandeur.[15]

2- Le dilemne du choix entre l'arbitrage ou le règlement

S'il n'y a tout de même qu'une minorité de griefs qui se "rendent" à l'arbitrage, cette situation serait explicable, selon nos interlocuteurs, par toute une série de facteurs: les délais de prescription, la nature du grief et le coût relatif de son règlement.

En effet, étant donné que les conventions collectives contiennent des délais au delà desquels les griefs sont réputés prescrits, on peut concevoir que plutôt que de prendre le risque de voir une réclamation perdue pour cause de prescription, les salariés et leurs syndicats vondront agir de façon à préserver leurs droits le mieux possible même si cela peut conduire parfois à déposer des griefs qu'on devra par la suite retirer.

---

[14] Voir Rapport d'activités du Greffe des tribunaux d'arbitrage des affaires sociales, 1985-1986, Montréal, octobre 1986, à la page 10.

[15] Voir les Rapports d'activités du Greffe des tribunaux d'arbitrage des affaires sociales, pour les années 1983-84 et 1984-85.

Tableau IV

Répartition des sentences arbitrales déposées

dans les secteurs de la santé et des services sociaux

selon l'objet du litige de 1978 à 1981[16]

Objet	1978	1979	1980	1981
Emploi[17]	152	156	105	140
Mesures disciplinaires	79	108	106	110
Rémunération[18]	69	82	49	72
Congés	31	56	37	26
Horaires de travail	3	12	12	12
Mises à pied	16	5	3	9
Non réengagement	1	-	1	1
Rappel au travail	-	7	9	1
Autres raisons	3	8	12	8
Non codifié	1	2	1	108[19]
Total	355	436	335	487

16 Source: Tableau élaboré à partir des données contenues dans la banque des sentences arbitrales déposées en vertu du Code du travail. Les compilations originales ont été fournies par Me Louis Garant, du Service des études en relations du travail au Ministère du Travail du Québec.

17 Note: la catégorie "conditions d'emploi" comprend les griefs relatifs aux réclamations de postes vacants, à la classification, à l'affectation et à l'affichage. Parmi ceux-ci, ce sont les réclamations de postes qui viennent au premier rang.

18 Note: un grief de rémunération peut parfois recouvrir un grief de rappel au travail, d'attribution du temps supplémentaire ou de non respect de la liste de disponibilité.

19 L'abandon par le Ministère de la codification selon l'objet du litige au cours de l'année 1981 explique le nombre élevé de décisions arbitrales qui se retrouvent dans la catégorie "non codifié" de même que l'absence de données pour les années subséquentes.

Tableau V

Répartition des sentences arbitrales déposées dans l'ensemble des secteurs selon l'objet du litige de 1978 à 1981[20]

Objet	1978	1979	1980	1981
Emploi[21]	431	489	503	491
Mesures disciplinaires	431	691	696	616
Rémunération[22]	308	358	406	365
Congés	70	124	124	117
Horaires de travail	23	53	39	30
Mises à pied	79	93	75	93
Non réengagement	18	27	34	16
Rappel au travail	31	42	41	34
Autres raisons	43	93	109	63
Non codifié	2	5	4	473[23]
Motif inconnu	5	2	4	8
Total	1 441	1 979	2 035	2 306

[20] Source: Tableau élaboré à partir des données contenues dans la banque des sentences arbitrales déposées en vertu du Code du travail. Les compilations originales ont été fournies par Me Louis Garant, du Service des études en relations du travail au Ministère du Travail du Québec.

[21] Note: la catégorie "conditions d'emploi" comprend les griefs relatifs aux réclamations de postes vacants, à la classification, à l'affectation et à l'affichage. Parmi ceux-ci, ce sont les réclamations de postes qui viennent au premier rang.

[22] Note: un grief de rémunération peut parfois recouvrir un grief de rappel au travail, d'attribution des heures supplémentaires ou de non respect de la liste de disponibilité.

[23] L'abandon par le Ministère de la codification selon l'objet du litige au cours de l'année 1981 explique le nombre élevé de décisions arbitrales qui se retrouvent dans la catégorie "non codifié" de même que l'absence de données pour les années subséquentes.

Au delà de ces considérations plus techniques, on peut formuler également l'hypothèse que le syndicat voudra projeter chez ses membres une image positive montrant qu'il prend au sérieux les réclamations des salariés. Sans nécessairement laisser entendre au plaignant que son grief est fondé, le syndicat paraîtra s'intéresser de près au sort de ses membres et au respect de la convention collective s'il accepte de s'engager dans la procédure de règlement des griefs même si l'issue du litige est incertaine. Enfin, certains interlocuteurs estiment, que le dépôt de nombreux griefs peut constituer un élément de mobilisation des membres du syndicat et aussi une façon de montrer à l'employeur la volonté de vigilance du syndicat, notamment à l'approche des négociations.

Si c'est une minorité de griefs qui se rend à l'étape de l'arbitrage, c'est donc dire que la plupart sont soit retirés soit réglés à l'amiable à l'occasion de négociations entre les parties sans oublier toutefois que pour les seules organisations syndicales où il existe un greffe, c'est-à-dire pour un peu plus de la moitié des effectifs, il n'y a pas moins de 16 000 griefs inscrits au Greffe[24] qui "trainent" dans le système à une étape ou l'autre du processus.

Selon nos interlocuteurs, les griefs dits de principe ou perçus comme tel sont ceux pour lesquels la probabilité est la plus forte de se retrouver en arbitrage.

Par ailleurs, bien des griefs de stricte application seront retirés soit parce qu'on découvrira qu'ils ne sont pas fondés ou qu'ils sont prescrits ou bien que la probabilité de les gagner en arbitrage est bien faible compte tenu de la jurisprudence ou bien parce que l'employeur aura décidé qu'il valait mieux y faire droit. D'autres enfin feront l'objet d'un règlement à l'occasion de négociations portant sur un ensemble de questions en litige.

D'un autre point de vue, plusieurs interlocuteurs patronaux ont mentionné qu'il leur arrive de faire droit à certains griefs et de payer le montant de la réclamation, même s'ils croient être dans leur droit lorsqu'ils estiment que le coût de l'arbitrage serait plus élevé que le montant de la réclamation. Ce serait notamment le cas pour des griefs portant sur l'ordre de rappel en vertu de la liste de disponibilité surtout lorsqu'ils ne sont pas certains d'avoir en main les éléments de preuve suffisants pour faire valoir leur bon droit.

En somme, dans une évalution coûts-avantages, ils estiment que le coût du règlement est moins élevé que celui de l'arbitrage dans la mesure où le grief porte uniquement sur des questions de faits et ne met pas en cause une question de principe.

Evidemment, cela pose toute la question du "prix" de l'arbitrage. Même si cette question semble marginale par rapport à l'objet central de notre recherche, nous avons quand même cherché à savoir de quoi il en retournait.

Dans les secteurs de la santé et des services sociaux, comme dans celui de l'éducation d'ailleurs, la question revêt un intérêt particulier du fait que dans les deux cas, les frais et honoraires du président du tribunal sont entièrement pris en charge par la partie patronale, depuis les conventions collectives de 1966, et ne sont pas partagés entre les deux parties comme c'est habituellement le cas dans la tradition nord américaine.

---

[24] Voir le Rapport d'activités du Greffe des tribunaux d'arbitrage des affaires sociales, 1985-1986, Montréal, octobre 1986, à la page 7.

Il faut dire que la question est complexe et qu'elle ne peut surtout pas se résumer à la seule rémunération et au paiement des dépenses du président du tribunal. En effet, l'audition d'une cause en arbitrage implique bien d'autres frais d'ordres très différents les uns des autres. Mentionnons le temps nécessaire à recueillir les éléments de preuve et à préparer la cause, les frais et honoraires des procureurs et des assesseurs, le temps durant lequel les représentants des deux parties et les témoins sont libérés de leurs tâches habituelles pour participer à l'audition et, le cas échéant bien que rarement, le coût des expertises requises. C'est donc dire que les frais et honoraires des présidents ne représentent qu'une partie des coûts. Mais cette part des coûts de l'arbitrage fait l'objet d'un désaccord profond entre les parties, les représentants partronaux se disant d'avis que si les syndicats avaient à partager ces frais, comme dans les autres secteurs de l'économie, le nombre de griefs serait sensiblement moins élevé. Du côté syndical, on émet l'opinion que cela n'y changerait rien en alléguant d'une part que ces frais ne représentent qu'une part des coûts de l'arbitrage et que de toutes manières, ce ne sont pas les syndicats mais les employeurs qui sont la cause première du volume de griefs en ne respectant pas toujours les clauses des conventions collectives.

Quant à ce que peut représenter en réalité cette partie des coûts qui est imputable aux frais et honoraires des présidents de tribunaux, il nous a été impossible de le savoir. Au ministère, on dit ne posséder aucune donnée là-dessus, chaque établissement étant responsable d'acquitter ces frais. Au niveau des établissements, on fait valoir que le mode de comptabilisation de ces frais varie d'un établissement à l'autre de telle sorte qu'il est pratiquement impossible d'isoler ce qui est versé aux procureurs, aux assesseurs et aux arbitres. De toutes manières, cela ne donnerait qu'une vue bien partielle des coûts réels de l'arbitrage sans compter qu'il est pratiquement impossible d'en mesurer par ailleurs les avantages en termes de paix sociale et de climat de travail.

En terminant cette section, il y a un type de grief qui est revenu fréquemment lors des entrevues et sur lequel nous voulons faire part de nos observations: c'est le grief dit de fardeau de tâche. Nos interlocuteurs syndicaux ont souvent fait état devant nous de problèmes de fardeau de tâches résultant de l'action combinée de plusieurs facteurs tels que les coupures de postes, le non remplacement de salariés temporairement absents, les cas pathologiquement plus lourds, etc. Les données recueillies lors de la présente étude ne nous permettent pas de nous prononcer sur le fond de cette difficile question qui pourrait à elle seule faire l'objet d'une recherche. Nous avons cependant observé qu'il semble y avoir une disproportion entre l'importance du phénomène tel que décrit par les interlocuteurs syndicaux et le petit nombre de griefs déposés sur cette question.

En effet, les rapports annuels du Greffe ne font état que de 53 (0,40%) griefs à arbitrer en 1984-85 sur la "charge de travail accrue" et aucun au titre de "fardeau de tâche" comme tel. En 1985-86, les chiffres pour ces deux mêmes catégories sont respectivement de 1 (0,17%) et 11 (1,87%).[25] Pour ce qui est des infirmières-ers, c'est-à-dire le groupe dont les représentantes ont fait devant nous le plus grand état des fardeaux de tâche, nous n'avons pas de statistiques précices. Mais nos informatrices-teurs nous ont dit qu'effectivement c'était un domaine où elles formulaient peu de griefs.

Nous avons donc cherché à comprendre les raisons de cet état de fait et on nous a expliqué la difficulté considérable et la quantité de travail imposante que représente la nécessité de "monter" un dossier de fardeau de tâches en vue d'un arbitrage. C'est un domaine qui, semble-t-il, présente de grandes difficultés du point de vue de la

[25] Ibidem, 1984-85, à la page 22 et 1985-86, à la page 24.

qualité et de la quantité de la preuve à présenter devant le tribunal d'arbitrage. Il s'avère donc parfois difficile de mobiliser des salariés déjà aux prises avec un problème de fardeau de tâches pour les inviter à repérer et accumuler des faits précis susceptibles de constituer une preuve.

A cette difficulté, vient s'en ajouter une autre, du point de vue des représentants syndicaux. En effet, exception faite de la convention collective conclue par la FQII, l'arbitre ne pourrait imposer à l'employeur un correctif précis même dans le cas où il en viendrait à la conclusion que le grief est fondé. Il est donc arrivé qu'après avoir eu satisfaction en arbitrage, le syndicat estime que les correctifs apportés par l'employeur n'ont pas règlé le problème.

Du côté des employeurs, la perception de cette réalité est quelque peu différente. Si un certain nombre d'entre eux convient aisément qu'on assiste depuis un certain nombre d'années à un alourdissement du travail tant au niveau infirmier que dans les autres centres d'activités de l'hôpital, ils ne sont pas d'accord pour admettre que cette situation conduit nécessairement à des fardeaux de tâche.

Ce que nous retenons pour notre part, c'est que la procédure traditionnelle de règlement des griefs s'avère peu utile comme mode d'intervention dans ce type de problème et demeure peu accessible dans la pratique.

CONCLUSION

Les conséquences du jeu des contraintes

Au terme de cette étude, nous voulons, en guise de conclusion, essayer de dégager les conséquences qu'entraîne ou qu'est susceptible d'entraîner le jeu des contraintes dans un contexte de flexibilité et de stabilité dans l'application des clauses relatives à l'allocation des ressources humaines.

Comme cela a été largement expliqué dans les chapitres précédents, il ne fait pas de doute que les conventions collectives imposent aux administrations hospitalières des contraintes non négligeables tout en leur laissant une marge de flexibilité dont l'importance varie selon les objets. Il y a lieu toutefois d'attirer l'attention sur le fait que ces contraintes des conventions collectives se situent dans un ensemble d'autres contraintes imposées soit par la nature du service, soit par les disponibilités financières ou encore par les exigences que posent la centralisation des politiques de réseau et leur application. En somme, ces contraintes des conventions collectives en constituent quelques-unes parmi d'autres et il n'est pas possible dans l'état actuel des connaissances de mesurer la part précise de contraintes ou de flexibilité qu'il conviendrait d'imputer aux conventions collectives.

Ce que l'on a observé toutefois chez nos informateurs, c'est que personne n'a identifié les conventions collectives comme étant le lieu majeur des contraintes auxquelles doivent faire face les administrations des établissements. Il est apparu clairement que le discours de l'heure en cette matière porte bien davantage sur les restrictions budgétaires que sur les difficultés pouvant résulter de la mise en oeuvre des conventions collectives.

Même si, prises globalement, les conventions collectives ne viennent pas au premier rang des préoccupations, ce n'est pas à dire pour autant que certains de leurs éléments n'ont pas été identifiés comme particulièrement contraignants tels que le cloisonnement des titres d'emploi, le système de rappel, les critères de promotion et de mutation, le mécanisme de supplantation et de mise à pied. Par ailleurs, la recherche a permis d'identifier des lieux de flexibilité où les gestionnaires cherchent à compenser pour certaines contraintes imposées par la convention collective elle-même ou par le système, notamment les contraintes budgétaires. A cet égard, on a eu l'occasion de mentionner la non obligation de remplacer les salariés temporairement absents, le fractionnement des postes à temps complet en postes à temps partiel, la réduction du temps et des sommes consacrés à la formation en cours d'emploi, l'utilisation d'une main-d'oeuvre occasionnelle abondante, la fermeture de poste, l'allongement des délais nécessaires pour combler les postes vacants, etc.

Evidemment, toutes les administrations n'ont pas la même stratégie et n'utilisent pas forcément ces techniques au même degré ou avec la même régularité. Il demeure que dans l'ensemble la façon dont on a usé de la marge de flexibilité disponible pour mieux faire face à court terme à des contraintes de tous ordres ne va pas sans conséquences à plus long terme.

Pour la commodité de l'exposé, nous avons envisagé ces conséquences à deux niveaux différents: celui de la stabilité de la main-d'oeuvre et celui de la qualité du travail et de la vie au travail.

A- Une main-d'oeuvre plus instable

Dans la définition théorique des concepts de flexibilité et de stabilité dans les conventions collectives, nous avions évoqué le fait que ces dernières comportent des éléments favorisant une relative stablité du personnel, permettant à l'employeur de disposer constamment d'un main-d'oeuvre abondante, expérimentée et qualifiée et donnant aux salariés l'assurance d'une relative sécurité d'emploi et l'espoir de pouvoir faire carrière dans l'entreprise.

Or, par la réduction des postes réguliers, le recours massif aux salariés à temps partiel et aux occasionnels, par le fractionnement des postes et des horaires, c'est cette stabilité qui paraît sérieusement mise en cause et qui se manifeste entre autres par la précarisation de l'emploi, la pénurie structurelle de personnel infirmier et la déqualification professionnelle.

1- La précarisation de l'emploi

Nous assistons à une précarisation de l'emploi, surtout du côté du personnel infirmier, marqué par un taux de roulement plus important. Le nombre des salariés à temps partiel et occasionnels atteint des niveaux sans précédent. Les salariés placés sur les listes de rappel se voient contraints de se porter disponibles dans plusieurs établissements afin d'accroître leur probabilité de faire un revenu acceptable. D'autres, devant une perpective de carrière qui leur semble bloquée, se recyclent et quittent ce marché pour lequel ils avaient été formé à grands frais. Et cela, sans compter les effets de la précarisation sur la vie familiale et sociale des salariés concernés.

2- Une pénurie structurelle

En dépit de l'accroissement des effectifs à temps partiel et de l'existence de listes de rappel parfois considérables, on parle de plus en plus de pénurie de personnel infirmier, à un point tel qu'on doit recourir aux services couteux des agences privées pour combler certaines absences temporaires.

Malgré le nombre des occasionnels, les administrations hospitalières ont du mal à combler tous les postes. Si dans certaines régions, il semble y avoir un manque réel de personnel, phénomène sur lequel nous ne saurions nous prononcer car il se situe en dehors des cadres de la présente étude, dans les milieux urbains et plus particulièrement à Montréal, on fait face à une pénurie structurelle d'infirmières-ers.

Il y aurait deux raisons à cette pénurie qui rend difficile voire impossible d'obtenir le personnel nécessaire à effectuer tous les remplacements rendus nécessaires par les multiples absences temporaires. Toutes les deux découlent du pénomène de la précarisation de l'emploi.

D'abord, comme nous l'avons indiqué ci-haut, devant l'insécurité dans laquelle se retrouvent, par définition, les salariés occasionnels ceux-ci se portent disponibles dans plusieurs établissements et choisissent, dans la mesure du possible, les remplacements les plus intéressants, par exemple, ceux qui sont pour de plus longues durées ou encore qui peuvent être effectués de jour de préférence à la nuit.

L'autre raison tient au fait que les salariés occasionnels sont aussi les moins expérimentés, ceux qui ont le moins d'ancienneté, et qu'ils craignent parfois les remplacements sur l'équipe de nuit où ils risquent de se retrouver seuls, ou à peu près, avec des cas de plus en plus lourds. Il leur arrive donc de refuser tout simplement certaines

offres de remplacement. Cette facette de la pénurie structurelle ne serait pas propre aux milieux urbains mais se retrouverait aussi en région.

La réduction des postes réguliers et le recours de plus en plus important à du personnel à temps partiel et surtout à du personnel occasionnel entraînent un débalancement dans le fonctionnement de certains marchés du travail de telle sorte que l'offre et la demande ne peuvent plus se rencontrer même dans les cas où l'offre de travail serait numériquement suffisante.

3- La déqualification professionnelle

A cela vient s'ajouter, la crainte de la déqualification professionnelle dans la plupart des occupations reliées à la production et à la dispensation des soins, mais surtout chez les infirmières-ers. Au delà du débat sur la pertinence ou la nécessité d'une formation universitaire ou collégiale, débat qui échappe aux cadres de la présente étude, la question de la formation professionnelle du personnel infirmier est une source de préoccupation pour l'avenir. Nous avons mentionné que la part de temps et de ressources consacrées à la formation en cours d'emploi a considérablement diminué avec les coupures budgétaires malgré que tous en reconnaissent non seulement la pertinence et l'utilité mais aussi la nécessité. Ajoutons à cela que le fait que les postes soient attribués à l'ancienneté et qu'il ne soit pas possible d'affecter temporairement à un poste autre que le sien un salarié régulier conduit à la situation où les salariés qui auraient le plus besoin de formation sont ceux et celles qui sont susceptibles d'en recevoir le moins. Ainsi, comme la formation se donne habituellement de jour et que les salariés les moins anciens se retrouvent le plus souvent de nuit, surtout lorsqu'il s'agit de quarts de travail fixes, et non rotatifs, ces derniers sont en position de recevoir moins de formation que les autres même s'ils doivent faire face à des situations souvent difficiles la nuit. Il en va de même pour les cours de perfectionnement pour lesquels les candidats sont également choisis en partie sur la base de l'ancienneté et en partie sur la base de la conformité entre leur poste et le contenu du cours offert et sur la base d'une évaluation du postulant par son supérieur.

En dépit des soucis et des préoccupations exprimés à cet égard par nos interlocuteurs tant patronaux que syndicaux, les uns et les autres ne semblent pas manifester d'inquiétude pour l'immédiat. Malgré les remises en cause actuelles, on reconnaît le caractère relativement adéquat de la formation de base donnée dans les CEGEP et les universités et l'on estime avoir un personnel généralement compétent et bien formé. On s'inquiète cependant de la dégradation de la situation à moyen terme si la formation en cours d'emploi ne reprend pas l'importance qu'elle devrait avoir. A cet égard, on donnait souvent l'exemple de l'édifice bien construit mais qui ne reçoit pas l'entretien qui assurerait sa longévité.

B- La qualité du travail et de la vie au travail

La situation plus haut décrite a également des conséquences au niveau de la qualité de la vie au travail et de la qualité du travail lui-même.

Même si nous n'avons aucune prétention de pouvoir apprécier la qualité des soins en tant que telle ainsi que nous l'avons indiqué dès le début de la présente étude, c'est une question qui a été souvent abordée par nos interlocuteurs et c'est pourquoi nous en faisons état ici.

On reconnaît généralement un alourdissement de la tâche du personnel que ce soit en raison des coupures budgétaires, de la présence d'un personnel occasionnel

moins expérimenté dans certaines unités spécialisées, du rythme de travail accéléré par la lourdeur des pathologies ou la durée raccourcie des séjours.

On a largement fait état devant nous de phénomènes de fatigue et d'épuisement chez le personnel infirmier de même que du stress des salariés moins expérimentés qui doivent travailler la nuit. Ces phénomènes se traduiraient non seulement par un absentéisme plus élevé mais aussi par une propension à accepter des postes à temps partiel de préférence à des postes à temps complet ou encore par une désaffection vis à vis la profession, surtout chez les infirmières, et le recyclage vers des professions perçues comme moins exténuantes et plus valorisantes. On mentionne en particulier les médecines douces et les carrières administratives ou commerciales.

De cet ensemble, résulte une baisse dans la qualité des soins qui se manifesterait surtout au niveau de l'attention personnelle apportée au malade (*care*) plutôt qu'à celui des actes prescrits (*cure*) en tant que tels, bien que du côté syndical certains ont affirmé que même ce dernier aspect en était affecté, surtout par l'effet de l'accroissement du nombre des erreurs.

Ce qui semble en souffrir le plus en définitive, c'est la disparition de plus en plus évidente de l'approche globale des soins au patient que certains ne désespèrent pas de voir revenir à l'ordre du jour par une revalorisation des professions infirmières.

***

Nous avons rencontré chez nos interlocuteurs un haut degré de conscience de ces difficultés. Ce qui paraît moins évident cependant, ce sont les solutions à des problèmes de tous ordres et dont la cause qui ne peut être et n'est pas imputée aux seules conventions collectives. Il demeure que certaines des contraintes qu'elles imposent ne sont pas étrangères à la situation ainsi que nous croyons l'avoir démontré.

Ce que nous avons perçu toutefois, c'est l'amorce d'une tendance nouvelle chez certains gestionnaires, qui, pour minoritaire qu'elle soit pour le moment, n'en demeure pas moins bien réelle et intéressante.

Cette tendance peut être résumée ainsi: afin de contrer les difficultés rencontrées au niveau de la main-d'oeuvre et de la qualité du travail professionnel, il y aurait lieu de revenir vers une approche qui favorise la stabilité du personnel plutôt que de rechercher dans les conventions collectives les lieux de flexibilité qui permettent de faire des économies à court terme tout en engendrant des problèmes beaucoup plus considérables en longue période.

L'intérêt de cette approche semble confirmé de deux manières. D'abord, elle rejoint les conclusions des tenants de l'école de la *collective voice* que nous avions évoquée au début de la présente étude. Mais il y a plus, les gestionnaires que nous avons rencontrés et qui déjà avaient commencé à s'engager dans cette voie semblaient avoir moins de difficultés que d'autres, notamment au niveau des remplacements et de la qualification du personnel.

Les employeurs engagés dans cette voie se situent surtout dans la région de Montréal, où les problèmes sont plus aigus. Les mesures mises de l'avant en vue de la stabilisation de la main-d'oeuvre prennent des formes variées.

Il peut s'agir, par exemple, d'ententes locales conclues avec les syndicats, en vertu desquelles les salariés permanents à temps partiels, détenteurs de

postes, se voient reconnaître une priorité de remplacement des salariés temporairement absents. Ce type d'entente permet d'offrir aux salariés à temps partiel une meilleure garantie de travail et de revenus et il est susceptible d'accroître le sentiment d'appartenance à l'établissement. Cette mesure permet aux employeurs d'avoir recours à une main-d'oeuvre déjà formée connaissant les pratiques locales de mêmes que les bénéficiaires. Elle assure aux patients une plus grande continuité des soins et un meilleur climat de confiance.

On poursuit aussi ces objectifs de stabilisation de la main-d'oeuvre en accroissant la taille des équipes volantes ou en constituant des listes de disponiblité spécialisées pour certaines unités de soins.

Ces diverses mesures paraissent pour le moment plutôt expérimentales et sont tentées à l'intérieur des contraintes budgétaires et conventionelles actuelles.

Il sera intéressant de voir la capacité de cet instrument qu'est la convention collective de s'adapter à ces situations nouvelles et de favoriser la mise en place d'autres pratiques novatrices.

ANNEXE A

SCHEMAS D'ENTREVUE

(Schéma utilisé pour les entrevues conduites dans les établissements)

Partie I

Présentation des objectifs de la recherche

Identification de l'établissement

Partie II

Affectation du personnel

Horaires de travail

Le salarié peut-il choisir son équipe de travail? (Quart de nuit, soir, jour).

Cet aspect de la répartition du personnel est-il fait en rotation, en fonction de l'ancienneté, selon les exigences du service ou la disponibilité des ressources?

La convention prévoit-elle un horaire flexible, avec plages fixes et plages variables?

Allouez-vous une fin de semaine de congé sur deux? Cette mesure a-t-elle des conséquences?

Absences temporaires

Lorsqu'un employé est temporairement absent de son travail pour raison de maladie ou autre, est-il remplacé? Comment? Courte durée et longue durée? Priorité au personnel sur place ou autre? Par rappel au travail des salariés mis à pied, par des salariés occasionnels, par des salariés inscrits sur une liste de disponibilité? A partir de quels critères? Ancienneté? Compétence?

Quel est le rôle de l'équipe volante à cet égard?

Le service de garde est utilisé pour quel type de travail?

Le temps supplémentaire est-il obligatoire ou facultatif?

L'employeur peut-il remplacer une absence en réaffectant un salarié normalement affecté à une autre tâche? Est-ce fréquent? Quels sont les droits des salariés?

La convention fait-elle une différence selon qu'il s'agit d'absences de courte durée ou de longue durée? La liste de rappel ou de disponibilité pose-t-elle certains problèmes de gestion? Soulève-t-elle des critiques chez les salariés?

En période de vacances, les salariés sont-ils remplacés? Y a-t-il surcharge de travail? Qui remplace?

Comment s'effectue le choix des vacances?

L'ancienneté y a-t-elle une importance?

Mobilité interne

Mouvements du personnel (promotion, mutation)

Les délais d'affichage sont-ils respectés?

Quel est la prodédure de sélection d'un candidat?

Quels sont généralement les délais pour nommer un candidat?

L'employeur est-il le seul à pouvoir déterminer les exigences de la fonction et les critères de sélection?

Le syndicat peut-il contester la description des exigences ou les critères d'attribution d'un poste?

L'ancienneté a-t-elle préséance lors de la sélection d'un candidat?

Comment détermine-t-on la compétence, les exigences normales de la tâche?

La double formation chez les infirmières pose-t-elle problème?

De façon générale, est-ce le candidat le plus compétent qui est choisi?

Y a-t-il plusieurs griefs à cet effet?

Quelles sont les tendances des décisions arbitrales en cette matière?

La formation

L'employeur favorise-t-il le perfectionnement des employés?

Y a-t-il plusieurs demandes de la part des salariés?

A partir de quels critères les candidats à un cours ou à un stage sont-ils choisis?

Y a-t-il à votre avis adéquation entre les besoins de la clientèle et la formation offerte?

Pouvez-vous nous parler de la formation en cours d'emploi et des programmes d'intégration des nouveaux salariés?

Sécurité d'emploi

Statut d'emploi

Favorise-t-on l'embauche des salariés à temps partiel? à temps plein?

Comment utilise-t-on les T.P.O.?

L'employeur est-il obligé de combler les postes vacants?

Quelle est la proportion des temps complets et des temps partiels (évolution)?

Y a-t-il eu créations ou abolitions de postes ces dernières années?

Y a-t-il eu fractionnement de postes ces dernières années?

De quelle manière les postes vacants sont-ils comblés ?

Fardeau de tâches

Le rythme de travail des employés a-t-il augmenté au cours des dernières années?

Quelles sont les catégories professionnelles particulièrement touchées?

Y a-t-il fréquemment des plaintes ou des griefs à cet égard?

La procédure de grief est-elle efficace en cette matière?

Sous-traitance

Y a-t-il des contrats de sous-traitance?

Dans quels champs d'activité?

Mises à pied

Y a-t-il plusieurs mises à pied ces dernières années?

Le mécanisme de supplantation est-il appliqué de façon uniforme?

Avec quels résultats?

Recourez-vous fréquemment au S.P.A.S.?

Que se passe-t-il lorsque des candidats extérieurs à l'hôpital appliquent sur un poste, (candidats du S.P.A.S.)?

Relations du travail

Comment qualifiez-vous le climat des relations du travail dans votre établissement?

Les comites mixtes ou paritaires sont-ils fonctionnels?

Les problèmes se règlent-ils plutôt par discussion, négociations ou par la procédure de griefs et l'arbitrage?

Quel volume de griefs avez-vous? et d'arbitrages?

Les ententes locales sont-elles nombreuses? Sur quoi portent-elles?

(Schéma utilisé pour les entrevues conduites au niveau national)

Partie I

Présentation des buts de la recherche

Identification du ou des interlocuteur(s)

Partie II

Affectation du personnel

Que pensez-vous du système actuel de classification des emplois?

Les hôpitaux adoptent deux types d'horaires: les quarts fixes et la rotation.

Pouvez-vous nous en parler?

Qu'en pensez-vous?

Les salariés temporairement absents sont-ils remplacés? (courte durée - longue durée: pour toute la durée de leur absence?)

Comment voyez-vous le rôle des équipes volantes? (proportion d'infirmières sur les équipes volantes)

Liste de disponibilité: 2 problèmes: - Ancienneté vs compétence

Disponibilité des infirmières

Les infirmières sur la liste de disponibilité jouissent-elles de meilleures conditions de travail que celles occupant des postes réguliers?

Les remplacements de longue durée peuvent-ils être effectués par des infirmières régulières de nuit?

1- Les infirmières respectent-elles les clauses de la convention collective c'est-à dire l'obligation d'offrir 2 jours de disponibilité par semaine et une fin de semaine sur 3?.

2- Pénurie de personnel.

L'employeur peut-il faire le remplacement en réaffectant un salarié normalement affecté à une autre tâche?

En période de vacances, les salariés en congés sont-ils remplacés? (étalement ou non de la période de vacances)

- Vacances d'hiver
- Congés sans solde
- Fermeture d'unités

Mobilité interne

L'employeur est-il seul à déterminer les exigences de la fonction et les critères de sélection?

Le syndicat peut-il contester la description des exigences?

L'ancienneté a-t-elle préséance lors de la sélection d'un candidat?

La compétence d'un candidat est-elle à votre avis, jugée de façon objective?

La double formation chez les infirmières (D.E.C. ou bacc. en nursing) pose-t-elle des problèmes?

Y a-t-il plusieurs griefs à cet égard?

Quelles sont les tendances des décisions arbitrales?

Les hôpitaux recourent-ils fréquemment au S.P.A.S.?

Perception du S.P.A.S.?

Il y a plusieurs clauses dans la convention collective relatives à la formation, ces clauses sont-elles appliquées?

Y a-t-il adéquation entre les besoins de la clientèle et la formation offerte?

Le comité provincial de formation joue-t-il un rôle important?

La formation en cours d'emploi semble avoir subi un recul dû aux contraintes budgétaires. Cette situation suscite-t-elle des problèmes?

Sécurité d'emploi

Quelle est la proportion des temps complets par rapport aux temps partiels? (évolution)

Y a-t-il eu création de postes ces dernières années?

Fractionnement des postes?

De manière générale, l'employeur comble-t-il tous les postes vacants?

Y a-t-il des contrats de sous-traitance?

Dans quels champs d'activité?

Stratégies d'action?

Depuis 1980, y a-t-il eu plusieurs mises à pied dans les hôpitaux?

En pareille situation, le mécanisme de supplantation est-il appliqué de façon uniforme?

Y a-t-il des ententes locales à cet égard? (Dynamique entre l'ancienneté et le critère de compétence)

Dans le cas de mises-à-pied, suite à des changements de vocation dans un établissement hospitalier, comment cela se passe-t-il?

L'ancienneté des employés est-elle maintenue lorsque ceux-ci sont transférés d'un établissement à l'autre?

Avez-vous eu plusieurs plaintes au sujet du rythme de travail des infirmiers(ières)?

La procédure de griefs est-elle efficace en cette matière?

Relations du travail

Comment qualifiez-vous le climat des relations du travail dans les hôpitaux?

La majorité des problèmes se règlent-ils par discussions entre les parties ou utilisez-vous davantage la procédure de griefs?

Nombre de griefs?

Nombre d'arbritrages et tendances?

Plusieurs gestionnaires nous ont mentionné qu'il y aurait probablement moins de griefs si les frais d'arbitrage étaient partagés de part et d'autre. Qu'en pensez-vous?

Les ententes locales sont-elles nombreuses?

ANNEXE B

LISTE DES HOPITAUX

où ont été conduites les entrevues

Hôpitaux de soins de courte durée

Centre Hospitalier Chauveau

Centre Hospitalier de l'Université Laval

Centre Hospitalier de St-Laurent

Hôpital St-Luc

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Hôpital Charles-Lemoyne

Hôpital Notre-Dame

Hôpital Saint-François-d'Assise

Hôpital du St-Sacrement

Hôpital de l'Enfant-Jésus

Hôpital Royal Victoria

Hôpital de soins de longue durée

Hôpital Notre-Dame de la Merci

Hôpitaux psychiatriques

Centre Hospitalier Robert-Giffard

Hôpital Louis-Hyppolite Lafontaine

ANNEXE C

Répartition des effectifs E.T.P. par affiliation syndicale et par catégorie d'emplois pour la période du 1er avril 1984 au 31 mars 1985[1]

	professionnels	techniciens	infirmier(s)	assistants-techniciens	employés de bureau	ouvriers	total
non -syndiqués	1 895	2 231	651	1 372	2 388	955	9 492
F.S.P.I.I.Q.	---	---	11 080	---	---	---	11 080
F.I.I.U.	---	---	4 327	---	---	---	4 327
C.O.P.S.	922	4 711	---	1 702	---	---	7 335
F.T.Q. - 298	37	597	200	5 234	1 585	3 338	10 992
F.T.Q. - S.C.F.P.	279	1 749	81	3 267	1 599	2 936	9 911
C.S.N. - F.A.S.	3 333	6 822	3 916	24 851	11 660	17 723	68 306
C.S.D.	45	235	38	1 552	682	946	3 498
C.S.H.M.	12	14	---	302	144	398	870
C.E.Q.	40	260	---	58	26	77	460
F.Q.I.I.	---	---	6 958	---	---	---	6 958
F.E.M.S.Q.	---	---	---	---	3	16	19
A.P.Q.I.	---	14	---	---	---	---	14
C.S.N.F.P.S.C.Q.	631	35	---	---	4	---	669
S.E.H.Q.	---	---	---	163	101	90	354
TOTAL	7 194	16 668	27 251	38 501	18 192	26 479	134 285

[1] Source: Données tirées de Statistiques concernant les salariés syndicables du secteur de la santé et des services sociaux, Service de recherche et analyse - personnel de réseau, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des relations de travail, juillet 1986.

ANNEXE D

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

AGNEW, G.H. *Canadian Hospitals, 1920 to 1970: A Dramatic Half Century*. Toronto: University of Toronto Press; 1974, 265 p.

BADERSCHNEIDER, E.R. ET MILLER, P.F. *Labor Arbitration in Health Care*. New York; 1976, 323 p.

BERKELEY, A., ed. *Labor Relations in Hospitals and Care Facilities*: Proceedings of Conference Presented by the American Arbitration and the Federal Conciliation Service. Washington, D.C.: Bureau of National Affairs; 1976, 102 p.

BOYER, J.M., WESTERHAUS, C.L. ET COGGESHALL, J.H. *Employee Relations and Collective Bargaining in Health Care Facilities*. St-Louis: C.V. Morley; 1975, 295 p.

CHAUVENET, A. *Médecine au choix, médecine de classe*. Paris: Presses Universitaires de France; 1978, 255 p.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., LAURIER, C. ET TROTTIER, L.H. *Vers une meilleure organisation du travail dans le domaine des services sociaux: de la rationnalisation administrative à la rationnalité professionnelle*. Montréal: Groupe de recherche en santé; 1984, 69 p.

DAUBIGNEY, J.P. *Salaire et marché du travail interne à l'entreprise*. Montréal: Ecole des relations industrielles; 1978, 51 p.

DAVEY, H.W., BOGNANNO, M.F. ET ESTENSON, P.L. *Contemporary Collective Bargaining*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall; 1982, 472 p.

DE KERVASDOUE, J., KIMBERLEY, J. ET RODWIN,V. *La santé rationnée? La fin d'un mirage*. Paris: Economica; 1981, 240 p.

DUFRESNE, J., DUMONT, F. ET MARTIN, Y., dir. *Traité d'anthropologie médicale*. L'institution de la santé et de la maladie. Québec, Montréal, Lyon: I.Q.R.C., P.U.Q., Presses universitaires de Lyon; 1985, 1245 p.

DUSSAULT, G. ET POTVIN, L. *L'Etat et la division du travail sanitaire: la politique de délégation des actes médicaux, infirmiers et dentaires au Québec*. Collection Instruments de travail: Département des relations industrielles, Québec, Université Laval; 1983; 152 p.

EBERTS, R.W. ET STONE, J.A. *Unions and Public Schools: The Effect of Collective Bargaining on American Education.* Oregon: U.of Oregon, Lexington Books; 1984, 195 p.

EHRENREICH, B. ET ENGLISH, D,. *Sorcières, sages-femmes et infirmières; une histoire des femmes et de la médecine.* Montréal: Les éditions du Remue-ménage; 1976, 78 p.

EMOND M. ET AL. *Le travail social et la santé au Québec.* Brossard, Qué: Ed. Béhaviora; 1985, 480 p.

FREEMAN, R.B. ET MEDOFF, J.L. *What Do Unions Do?* New York: Basic Books; 1984.

FRIEDSON, E. *La profession médicale.* Paris: Payot; 1984, 369 p.

GARANT, P. *La fonction publique canadienne et Québecoise. Québec*: P.U.L.; 1973, 463 p.

GAUCHER, D. *Le maternage mal salarié; travail sexué et discrimination salariale en milieu hospitalier.* Montréal: Université de Montréal; 1983, 259 p.

HERDING, R. *Job Control and Union Structure.* Rotterdam: Rotterdam University Press; 1972.

JENNINGS, S.K., SMITH, J. ET TRAYNHAM, E. *Labor Relations in a Public Service Industry: Unions, Management and the Public Interest in Mass Transit.* New-York: Praeger; 1978, 323 p.

KENDRICK, J.W. ET GROSSMAN, E.S. *Productivity in the United States: Trends and Cycles. Baltimore:* The John Hopkins University Press; 1980.

KOCHAN, T., MITCHELL, D. ET DYER, L. *Industrial Relations in the 1970's: Review and Appraisal.* Madison, Wisc.: Industrial Relations Research Association; 1982, 374 p.

LESEMANN, F. *Du pain et des services: la réforme de la santé et les services sociaux au Québec*: Ed. Coopératives Albert Saint-Martin; 1981, 232 p.

LEWIN, D., HORTON, R.D. ET KUHN, J.W. *Collective Bargaining and Manpower Utilization in Big City Governments*: Landmark Studies, Conservation of Human Ressources, Series 6; 1979.

MILLER. R.V., BECKER, B.E. ET KRINSKY, E.B. *The Impact of Collective Bargaining on Hospitals.* New York: Praeger; 1979, 244 p.

MINTZBERG, H. *Structure et dynamique des organisations.* Paris/Montréal: Ed. d'organisation/Agence d'arc; 1982, 434 p.

NAVARRO, V. *Class Structure, the State and Medicine: an Historical and Contemporary Analysis of the Medical Sector in Great Britain* . London: M. Roberson; 1978, 156p.

PEACH, D.A. ET LIVERNASH, R.E. *Grievance initiation and Resolution: A Study in Basic Steel*: Harvard University; 1974.

PENCAVEL, J. An *Analysis of Quit Rate in American manufacturing Industry*. Princeton, N.J.: Industrial Relations Section, Princeton University; 1970.

PERRY, J.L. ET, ANGLE, H.L. *Labor and Management Relations and Public Agency Effectiveness: a Study of Urban Mass Transit.* New York: Perganon Press; 1980, 193 p.

REISER, S.J. *Medecine and the Reigh of Technology.* Cambridge: Cambridge University Press; 1978.

SLICHTER, S.H., HEALY, J.J. ET LAVERNASH, E.R. *The Impact of Collective Bargaining on Management.* Washington, D.C.: The Brookings Institute; 1975, 982 p.

SOLTOW, M. ET SOKKAR, J.,. *Industrial Relations and Personnel Management: Selected Information Sources*: Metuchen, Scarecrow Press; 1979, 286 p.

VEZINA, C. *Les clauses d'ancienneté et l'arbitrage de griefs*. Ottawa,: Ed. de l'Université d'Ottawa; 1979, 125 p.

Santé, médecine et sociologie . Paris: Ed. du CNRS; Colloque international de sociologie médicale,1978, 489 p.

Articles

ABRAHAM, K.G ET MEDOFF, G.L. "Length of Service and Promotions in Union and Non-union Work Groups". *Industrial and Labor Relations Review*; 1985; Vol.38(No. 3): pp. 408-420.

ADAMACHE, K.W. ET SLOAN, F.A. "Unions and Hospitals: Some Unresolved Issues". *Journal of Health Economics*; 1982; Vol. 1: pp. 81-108.

ADDISON, J.T. "The Evolving Debate on Unions and Productivity". *Journal of Industrial Relations*; 1983; Vol. 25: pp. 286-300.

ADDISON, J.T. "What Do Unions Really Do? A Review Article". *Journal of Labor research*; 1985; Vol. 6(No. 2): pp. 127-146.

ALLEN, S.G. "The Effect of Unionism on Productivity in Private and Public Owned Hospitals and Nursing Homes". *Journal of Labor Research*; 1986; Vol. VII(No. 1): pp. 59-68.

ALLEN, S.G. "Unionized Construction Workers Are More Productive". *Quarterly Journal of Economics*; à paraître.

ALLEN, S.G. "Unions Work Rules and Efficency in the Building Trades". *Journal of Labor Economics*; 1986; Vol. 4(No. 2): pp. 212-242.

ANDERSON, J. ET KOCHAN, T.A. "Collective Bargaining in the Public Service of Canada". *Relations Industrielles/ Industrial Relations*;1977; Vol. 32(No. 3): pp. 234- 248.

BARIL, J. "Le fonctionnement du marché du travail". *Le marché du travail*; 1983; 4(12).

BECKER, B. "Hospital Unionism and Employment Stability". *Industrial Relations*; 1978; Vol. 17: pp. 96-101.

BERCKER, E.R. "Structural Determinants of Union Activity in Hospitals". *Journal of Health Politics, Policy and Law* ; 1983; Vol. 7(No. 4): pp. 889-910.

BERGER, J.C., CRAIG, A.O. ET BOUDREAU, J.W. "Effects of Unions on Job Satisfaction: The role of Work-Related Values and Perceived Rewards". *Organizational Behavior and Human Performance* ; 1983; Vol. 32: pp. 289-324.

BERLINGUET, M. "Structures et fonctions hospitalières". *Traité d'anthropologie médicale*. Montréal, Québec et Lyon: P.U.Q., I.Q.R.C., P.U. Lyon; 1985, pp. 353-383.

BLAIN, C. "Profession, bureaucratie et hôpital". *L'Union médicale du Canada*; 1974; Tome 103: pp. 1365-1369.

BLOCK, R.N. "The Impact of Seniority Provisions on the Manufacturing Quit Rates". *Industrial and Labor Relations Review*; 1978; 31(juillet): pp. 474-488.

BOSTON NURSES GROUP. "Le professionnalisme en nursing: une promesse illusoire". *Médecine et société: les années 80*. 4e éd, ed. Montréal: Editions A. St-Martin; 1985, pp. 294-311.

BOUTIN, C. A. "L'avenir des négociations dans les secteurs public et parapublic". *Colloque de la fédération des Cégeps* ed.: Fédération des Cegeps; (1983): pp. 79-95.

BOZZINI, L. "L'expertise et la hiérarchie sanitaires en question". *Médecine et société: les années 80*. 4ième édition ed. Montréal: Editions A. St-Martin; 1985, pp. 389-424.

BROWN, C. ET MEDOFF, J.L. "Trade Unions in the Production process". *Journal of Political Economy; 1978*; 86(juillet): pp. 355-378.

BURTON, J. ET PARKER, J.E. "Volontary Labor Mobility in the U.S. Manfacturing Industry". *Proceedings of the 20th Annual Winter Meeting*: Industrial Relations Research Association; 1968: pp. 61-70.

CHAUVENET, A. "La qualification en milieu hospitalier". *Sociologie du travail*; 1973; 14(2): pp.189-205.

CHAUVENET, A. "Professions hospitalières et division du travail". *Sociologie du travail*; 1972; 13(2): pp.145-163.

CLARK, K.B. "The Impact of Unionization on Productivity: A Case Study". *Industrial and Labor Relations Review;* 1980; 33: pp. 451-469.

CLARK, K.B. "Unionization and Productivity: Some Micro-Economic Evidence". *Quarterly Journal of Economics*; 1980; 95: pp. 613-639.

CLARK, K.B. "Unionization and Firm Performance: The Impact on Profits, Growth and Productivity". *American Economic Review*; 1984; Vol. 74(No. 5): pp. 893-919.

COMTOIS, S. "Le contrôle de l'exercice de la médecine en milieu hospitalier". ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE ET SOCIALE; 1982; (1 et2): pp.4-10 et 23-30.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. "Economie du système de la santé". *Traité d'anthrophologie médicale*. L'institution de la santé et de la maladie. Québec, Montréal , Lyon: I.Q.R.C., P.U.Q. P.U. Lyon; 1985, pp. 443-479.

CRAWFORD, R. ""C'est de ta faute": l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de santé". *Médecine et société: les années 1980*; pp. 481-512.

DANKWORT, J. ET GAGNON, N. "Regulating Social Workers: The Subordination of the Profession to its Industrial Relations System". *Intervention* (journal de la Corporation des Travailleurs Sociaux); 1985; vol 69: pp. 110-125.

DEKERVASDOUE, J. ET RODWIN,V. "La politique de santé et le rôle de l'Etat: 1945-1980". *La santé rationnée? La fin du mirage*. Paris: Economica; 1981, pp. 21-45.

DUPLANTIE J.P. ET M. THIBEAULT. "Impacts administratifs du cadre de partage C.S.S.-C.L.S.C.". *Intervention*; 1985; mai(no 71): pp. 10-18.

DUPONT, J. et al. "Le système d'arbitrage des griefs est-il devenu désuet au Québec?". *34e Congrès des relations industrielles*. Québec: P.U.L.; 1979, pp. 171-222.

DUSSAULT, G. "Les effectifs sanitaires au Québec". *Traité d'anthropologie médicale. L'institution de la santé et de la maladie*. Québec, Montréal: P.U.Lyon, P.U.Q., I.Q.R.C.; 1985, pp. 587-603.

DUSSAULT, G. "Une politique de santé pour le Québec". *Les cahiers de l'ACFAS*. ACFAS ed. Montréal; 1986; 48: 139 p.

EHRENREICH, B. ET EHRENREICH, J.H.,. "Les travailleurs hospitaliers américains: vers une polarisation de classe?". *Médecine et société: les années 80*. 4e ed, ed. Montréal: Ed. A. Saint-Martin; 1985, pp. 275-291.

EHRENZERG, R.G., SHERMAN, D.R. ET SCHWARZ, J.L. "Unions and Productivity in the Public Sector: a Study of Municipal Libraries". *Industrial and Labor Relations Review*; 1983; vol 36(no 2): pp. 199-213.

FLEURY, G. "La carte syndicale au Québec". *Le Marché du Travail*; 1985; Vol. 6(No. 12): pp. 84-85.

FOTTLER, M.D. "Administrative View of Manpower Utilization in the Hospital". *Personnel Journal*; 1972; (July): pp. 505-510.

FREEMAN, R.B. "The Exit-Voice Trade Off in the Labor Market: Unionism, Job Tenure, Quits and Separations". *Quarterly Journal of Economics*; 1980; 14(juillet): pp.643-673.

GANDZ, J. "Grievance Arbitration - a model for the Study of Policy change". *Relations Industrielles/Industrial Relations*; 1976; vol 31(no 4): pp. 631-654.

GANDZ, J. "Grievances and Their Resolution". Anderson, J. et Gunderson, J. *Union Management Relations*: Addison-Wesley; 1982.

GAUCHER, D. "La "vraie nature féminine" ou les dessous de la division du travail hospitalier au Québec". *Médecine et société: les années 80*. 4e, ed. Montréal: Ed. A. Saint-Martin; 1985, pp. 313-337.

GERHART, P.F. "Determinants of Bargaining Outcomes in Local Government Labor Negociations". *Industrial and Labor Relations Review*; 1976; 29(4): pp. 331-351.

GILSON, C.H.J. "Changes in the Nature of Grievance Issues over the Last Ten Years: Labor Management Relations and the "Frontier of Control"". *Relations Industrielles/Industrial Relations*; 1985;vol 40(no 4): pp. 856-864.

HEVEY, F. "Le printemps des travailleurs sociaux", éditorial. *Intervention*; (Journal de la corporation des travailleurs sociaux),1985; 71(mai): p. 1.

HIRSCH, B.T. ET LINK, A.N. "Unions, Productivity, and Productivity growth". *Journal of Labor Research*; 1984; vol 5(no 1): pp. 29-37.

ICHNIOWSKI, C. "The Effects of Grievance Activity on Productivity". *Industrial and Labor Relations Review*; 1986; Vol. 40(No. 1): pp. 75 à 89.

JURIS. H.A. "Labor Agreements in the Hospital Industry: A study of collective Bargaining Outputs". *Labor Law Journal* ; 1977; vol 28: pp. 504-511.

JURIS, H.A. ET BENTIVEGNA, G. "Labor Agreements in the Hospital Industry: A Study in Trends in Collective Bargaining Output, 1974-1981". *Handbook of Health Care Personnel Management*. Ed. N. Metzberg, Aspen Systems Corporation ed.; 1981: pp. 529-536.

KATZ, H., KOCHAN, T.A. ET WEELER, M. "Assessing the Effects of Industrial Relations Systems and Efforts to Improve the Quality of Working Life on Organizationnal Effectiveness". *Academy of Management Journal*; 1985; 28(3): pp. 509-526.

KATZ, H., KOCHAN, T.A. ET GOBEILLE, K. "Industrial Relations Performance, Economic Performance and the Effect of Quality of Working Life Efforts: an Interplant Analysis". *Industrial and Labor Relations Review*; 1983; 37(1): pp. 3-17.

KEARNY, R.C. "Labor Relations in the Public Sector" Ch.5 et "Living whit the Contract", Ch.8. *Public Administration And Public Policy*; 1984; 21: pp. 264 et ss.

KERSHEN, H.,. "Collective Bargaining by Government Workers: the Public Employee". *Public Sector Contemporary Issues Series*; Baywood Publishing Company Inc.,1983: pp. 264 et ss.

KOCHAN., T.A. ET WHEELER, H.N.,. "Municipal Collective Bargaining: a model and analysis of Bargaining outcomes". *Industrial and Labor Relations Review*; 1975; vol 29: pp. 55-66.

KOSSANY. P., BERNARD, P. ET ARNAUTOU, J.,. "Coup d'oeil sur l'expérience québecoise: à propos du budget global". *Gestions hospitalières*; 1985; (no 46).

KUHN, J.W. "The Grievance Process". in Dunlop, J.T. et Chamberlain, N.W. *Frontiers of Collective Bargaining*. New-York: Harper & Row; 1967.

"L'amélioration de la productivité et la valorisation des ressources humaines dans les établissements hospitaliers". *Gestions hospitalières*; 1985; (no 50).

LEIGH, D. "Unions and Non-Wage Racial Discrimination". *Industrial and Labor Relations Review*; 1979; 37(juillet): pp. 439-450.

LEMIEUX V. ET LABRIE, P. "Le système gouvernétique des C.L.S.C.". *Recherche sociographique*; 1979; vol XX(no 2, mai-août): pp. 149-171.

LINK, A.N. "Basic Research and Productivity Increase in Manufacturing: Some Additionnal Evidence". *American Economic Review*; 1981; 71(décembre): pp. 1111-1112.

MAKI, D.R. ET MEREDITH, L.N.,. The effects of Unions on Profitability: Canadian Evidence. *Relations Industrielles/ Industrial Relations*; 1986; Vol.41(no. 1): pp. 54-68.

MAKI, D.R. "Trade Unions and Productivity: Conventional Estimates". *Relations Industrielles/Industrial Relations*; 1983; vol 38(no 2): pp. 211-228.

MANSFIELD, E. "Basic Research and Productivity Increase in Manufacturing". *American Economic Review*; 1980; 70(décembre): pp.863-873.

MARENTO, C.L. "Union effects on Human Capital Investment and Returns". *Journal of Human Resources*; 1985; vol XX(no 3): pp. 453-462.

MEFFORD, R.N. "The Effect of Unions on Productivity in a Multinational Manufacturing Firm". *Industrial and Labor Relations Review*; 1986; vol. 40(no. 1): pp. 105-114.

MERREL, RONALD D. "A Conceptual Model to Determine the Impact of Collective Bargaining on Management Rights". *Public Personnel Management*; 1978; vol 7(march-april): pp. 100-107.

MINTZBERG, H. "La bureaucratie professionnelle". *Structure et dynamique des organisations*: Ed. d'organisation et Agence d'Arc; 1986, ch. 19, pp. 309-335.

NADEAU, G. "Les récents amendements au Code du travail. La loi 17". *Le marché du travail*; octobre 1983.

NORSWORTH, J.R. ET ZABALA, C.A. "Worker Attitudes, Worker Behavior and Productivity in the U.S. Automobile Industry, 1959-1976". *Industrial and Labor Relations Review*; 1985; 38(4): pp. 544-557.

"Numéro spécial: Les fusions d'établissements de santé". *Administration hospitalière et sociale*; 1983; Vol. XXIX(No. 2): pp. 5-32.

OSTERHAUS, L.B. "The effect of Unions on Hospital Management". *Hospital Organization and Management*. St-Louis: Ed. J.S. Rakich, St-Louis, Catholic Hospital Ass.; 1972, pp. 240-248.

OUELLET J., MARTEL, A. ET POIRIER, A. "Le système de gestion du personnel infirmier dans les centres hospitaliers: analyse diagnostique et support informatique". *Administration hospitalière et sociale*; 1985; Vol XXXI(No 2): pp. 16-26.

OUELLET, Y. ET CARDIN, J.R. "Les unités de négociation collective au Québec: le régime syndical et les unités de négociation dans les secteurs hospitaliers et scolaires". *Relations Industrielles/ Industrial Relations* ; 1970; vol. 35(no. 3): pp. 445-463.

PERRY, J.L. ET ANGLE, H.L. "Collective Bargaining and Organizational Performance: The Case of Public Transit". *Journal of Collective Negociations in the Public Sector*; 1983; vol 12(no 4): pp. 271-282.

POLLACK, N.F. "Productivity in the Public Sector: The Impact of Collective Bargaining and other Considerations". *Public Productivity Review*; 1979; vol 3(no 4): pp. 4-16.

QUINN MILLS, D. "Seniority versus Ability in Promotion Decisions". *Industrial and Labor Relations Review*; 1985; vol 38(no 3): pp. 421-425.

RENAUD, M. "De la passion et du coup d'oeil comme instrument de planification". *Sciences sociales et santé*; 1983; (no 3-4): pp. 75-91.

RENAUD, M. "Les réformes québecoises de la santé ou les aventures d'un état "narcissique"". *Médecine et société: les années 80*. 4e éd., ed. A. Saint-Martin; Montréal: 1985, pp. 513-549.

RENAUD, M. "Réforme ou illusion? Une analyse des interventions de l'Etat québecois dans le domaine de la santé". Sociologie et sociétés, la gestion de la santé; 1977; vol 9(no 1): pp. 127-152.

ROBICHAUD, J.B. "Les orientations actuelles dans la distribution des services sociaux en milieu de santé au Québec". *Le travail social et la santé au Québec*: Ed. Behaviora; 1985, pp. 31-39.

RODWIN, V. "Théories de l'Etat: conséquences pour les politiques de santé". *La santé rationnée? La fin du mirage*. Paris: Economica; 1981, pp. 49-65.

RONDEAU, C. ET BADIN, F. "Le contenu non-salarial des conventions collectives dans les industries manufacturières du Québec". *Relations industrielles/ Industrial relations*; 1986; vol 41(no 1):pp. 69-88.

RONDEAU, C. ET BELANGER, J. "Le syndicalisme dans l'entreprise: tendances récentes et analyse". *La syndicalisation dans le secteur privé au Québec*. Québec: Département des relations industrielles de l'Université Laval; 1983; XXXVIII ème Congrès des relations industrielles: pp. 15-36.

ROOMKIN, M.J. ET JURIS, H.A. "A Critical Appraisal of Research on Unions and Collective Bargaining". Kochan, T., Mitchel, D. et Dyer, L. *Industrial Relations in the 1970's: Review and Appraisal*. Industrial Relations Research Association ed. Madison,Wisc.; 1982: pp. 311-354.

SCEARCH E.J.F. ET TAMNER, L.D. "Health Care Bargaining: the F.M.C.S. Experience". *Labor Law Journal*; 1976; vol. 27: pp. 387-398.

SIMARD J.J. "La culture organisationnelle des C.L.S.C.". *La culture d'entreprise*: Gaétan Morin,; à paraître.

SLOAN, F.A. ET ADAMACHE, K.W.,. "The Role of Unions in Hospital Cost Inflation". *Industrial and Labor Relations Review*; 1984; vol. 37: pp. 252-262.

SLOAN, F.A. ET ADAMACHE, K.W. "The Role of Unions in Hospital Cost Inflation". *Industrial and Labor Relations Review*; 1985; 40(4): pp. 793-809.

STOIKOW, V. ET RAMON, R. "Determinants of Quit Rates Among Industries". *American economic review*; 1968; LVIII(décembre): pp.1283-1294.

SULZNER, GEORGE T. "The Impact of Grievance and Arbitration Processes on Federal Personnel Policies and Practices: the View from Twenty Bargaining Units". *Journal of Collective Negotiations in the Public Sector*; 1980; vol. 9: pp. 143-157.

SVEIKAUSTAS, C.D. ET SVEIKAUSTAS, L. "Industry Characteristics and Productivity Growth". *Southern Economic Journal*; 1982; 48(janvier): pp. 769-774.

TILQUIN, G., AUDETTE, L.M., CARLE, J., SIMARD, A. ET LAMBERT, P.,. "Evaluation quantitative en soins infirmiers: le système PRN76+". *Administration hospitalière et sociale*; 1978; vol XXIV(no 2): pp. 42-54.

WAN, T.T.H. ET BROIDA, J.,. "Socio-Medical Determinants of Hospital Utilization in Quebec, Canada 1970-75". *International Journal of Health Services*; 1986; vol 16(no 1): pp. 43-55.

WETZEL, K., GALLAGHER, D.G. ET MAKEY, C.T.,. "Impact of Nursing Unionism in the Hospital Industry: the Saskatchewan Experience". *Relations Industrielles/ Industrial Relations*; 1985; vol 40(no 5): pp. 793-809.

WEX, J.H. ET MCGEE, W.S. "Unionization of Court Employees Raises Legal, Practical Issues". *Monthly Labor Review*; 1979; 102(août): pp. 20-24.

"What do Unions do?". *Industrial and Labor Relations Review; Review Symposium*, 1985; vol 38(no 2).

Thèses

CHAMPAGNE, F. *L'évolution de la raison d'être d'un centre hospitalier: une étude de cas en théorie des organisations*. Montréal: Université de Montréal; 1982; 437 p.

COTE-LABRECQUE, M. *Première étape dans l'analyse du roulement du personnel féminin d'un hôpital métropolitain*. Montréal: Administration hospitalière, Université de Montréal, thèse M.A.; 1960, 89 p.

CURZI, P. *Les relations patronales-ouvrières dans le secteur hospitalier à Montréal*. Montréal: Université de Montréal, relations industrielles, thèse M.A.; 1961, 137 p.

DUFRESNE, F. *Les associations d'infirmières au Québec: 1920-1959*. Québec: Université Laval, relations industrielles, thèse M.A.; 1982, 145 p.

KNIGHT, T.R. *Factors Affecting the Arbitration Submission Rate: a Comparative Case Study*. New-York: University Cornell, thèse de M.s.; 1978.

MNASRI, N. *Le travail à temps partiel: un quasi rapport salarial*. Québec: Université Laval, Sociologie, Thèse Ph.D.; 1986, 485 p.

NGUYET, VO THO. *La convention collective et l'adaptation de la main-d'oeuvre hospitalière aux changements*. Québec: Université Laval, Relations industrielles, thèse M.A.; 1971.

VEILLEUX, D. *Le contrôle arbitral en matière de promotion et de transfert chez les infirmières*. Québec: Université Laval, Relations industrielles, thèse M.A.; 1981.

Documents

BEAUPRE, M., Service des études opérationnelles (Direction générale de l'évaluation et de la planification). Document de travail. *Evolution du personnel de soins infirmiers dans les C.L.S.C., les C.A.H. et les C.A.R. de 1979 à 1984 au Québec*; Juillet 1986.

ROULEAU, L. "Le domaine des affaires sociales au Québec". Document non publié, réalisé dans le cadre d'une recherche subventionnée par le Conseil québecois de la recherche sociale, septembre 1982, annexe I in: SIMARD, J.J. *Appareil, pratiques et vécu: stratégie et fonctionnement organisationnel des CLSC*, 1981-1983.

SHEPPARD, C.A. "Obstacles juridiques à la mobilité de la main-d'oeuvre hospitalière". annexe 6 au *Rapport de la Commission royale d'enquête sur la santé et le bien-être*. Québec: Gouvernement du Québec; 1970; 215 p.

Commission royale d'enquête sur la santé et le bien-être, (Commission Castonguay-Nepveu). Québec: Gouvernement du Québec; 1967-70; 7 volumes.

Commission d'enquête sur le travail à temps partiel (Commission Wallace), *Le travail à temps partiel au Canada*: Travail Canada; 1983; 224 p.

Comité d'étude de la main-d'oeuvre hospitalière. *La main-d'oeuvre hospitalière*. Québec: Editeur officiel; 1973; 293 p. plus 7 annexes.

Rapport annuel d'activités, 1983-1985. Montréal: Service de placement du secteur de la Santé et des Affaires sociales; 1983-1985.

Rapports d'activités, 1983-84, 1984-85, 1985-1986. Montréal: Greffe des tribunaux d'arbitrage des Affaires sociales; 1984, 1985,1986.

Analyse des conventions collectives des secteurs public et parapublic du Québec 1979-1982. Bureau de recherche sur la rémunération, Conseil du trésor. Québec; 1981.

L'arbitrage des griefs et des différends. Document d'information préparé pour le congrès scientifique de la corporation des conseillers en relations industrielles : Conseil consultatif du travail et de la main-d'oeuvre; 1er juin 1984.

Le système de santé et de services sociaux au Québec. Annexe statistique, Ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S.)., direction des communications; Québec,1985,102 p.

Liste annotée d'arbitres de griefs. Québec, Conseil consultatif du travail et de la Main-d'oeuvre: Les publications du Québec, Ministère du Travail; 1986, 111p.

Relevé des griefs pour les conventions collectives C.S.N., F.T.Q., C.E.Q., période du 1/7/76 au 30/6/79. Enquêtes du B.N.A.S.; le 5 février 1980.

Répertoire des établissements de santé et de services sociaux. Québec: Les publications du Québec; 1986.

Statistiques concernant les salariés syndicables du secteur de la santé et des services sociaux, période du 1er avril 1984 au 31mars 1985. Direction générale des relations du travail. Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Statistiques concernant les salariés syndicables du secteur de la Santé et des Services sociaux. Québec: Service de recherche et d'analyse-personnel du réseau, Ministère de la Santé et des Services sociaux; 1986.

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry - *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*

No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*

No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*

No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*

No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*

No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*

No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*

No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*

No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1]Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

---

[1] document comprend 5 rapports publiés en un seul volume
us le titre "Le droit des services de santé et des services
ciaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1]Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

---

[1] Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation générale et la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information et l'un des principaux programmes d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer à la compréhension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de solutions et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier une collection des synthèses critiques et des recherches. Le présent document s'inscrit dans le cadre de cette collection.